

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1904-1905. — N° 74

DE LA

SALPINGITE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel MARTIN

Né à Mont-le-Vignoble (Meurthe-et-Moselle), le 18 octobre 1882

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

Cours Gambetta, 32

1904

DE LA SALPINGITE TUBERCULEUSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546721_0031

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1904-1905. — N° 74

DE LA
SALPINGITE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel MARTIN

Né à Mont-le-Vignoble (Meurthe-et-Moselle), le 18 octobre 1882

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

Cours Gambetta, 32

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	X...
Physique médicale.	AUGAGNEUR.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie.	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique.	TEISSIER.
Médecine opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaires M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Matière médicale.	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BORDIER.	REGAUD.	GAYET.
PIC.	COURMONT (P.)	CAUSSE.	MOREL.
PAVIOT.	CHATIN.	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	CHARVET.	NICOLAS.
BÉRARD.	TIXIER.	COMMANDEUR.	PATEL.
SAMBUÇ.			PLAUCHU ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et COMMANDEUR, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR FABRE
Professeur de Clinique obstétricale

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUGUSTE POLLOSSON
*Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de la Charité*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIOLET
Moniteur de Clinique gynécologique

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

La localisation génitale de la tuberculose chez la femme est une question à l'ordre du jour. Son étude, vieille à peine d'un siècle, a pris un essor facile à comprendre avec les découvertes bactériologiques et surtout avec l'avènement de la chirurgie abdominale.

Nous avons eu la bonne fortune, en suivant la clinique de M. le Professeur Auguste Pollosson, de voir opérer plusieurs cas de salpingites tuberculeuses. C'est à cette occasion que M. le Docteur Violet, moniteur de clinique, nous a indiqué le sujet de notre thèse. Il nous a constamment prodigué ses conseils. Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

Nous adressons un respectueux hommage à M. le Professeur A. Pollosson dont nous avons suivi la clinique avec grand intérêt et sous les auspices duquel nous plaçons cette thèse.

M. le Professeur Fabre nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale. Nous le prions d'accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude.

M. le Professeur Devic a eu l'obligeance de nous communiquer quatre observations ; nous ne saurions oublier l'excellent accueil qu'il a su nous ménager.

Sur le point de quitter l'Ecole du Service de Santé militaire, nous sommes heureux de pouvoir remercier ceux de nos maîtres qui se sont intéressés à nous. M. le Médecin Major Roussel nous a manifesté sa sollicitude en plus d'une occasion. M. le Médecin Major Georges nous a toujours reçu avec la plus grande bienveillance.

Qu'ils nous permettent de leur adresser ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

HISTORIQUE

Ce n'est qu'en 1860 que la thèse de Siredey établit la fréquence des lésions des annexes dans les affections dites utérines. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver avant cette époque une étude d'ensemble sur la salpingite tuberculeuse. Ce que nous trouvons antérieurement dans les travaux s'occupant de la tuberculose de l'utérus, ce sont des observations suivies d'autopsies où sont décrites les lésions tuberculeuses des trompes.

Après les deux premières observations de Louis, publiées en 1825, figurent celles de Raynaud (1831). Senn en cite trois autres. Le traité de Duparcque en contient une datant de 1830. Citons encore celles de Boivin et Dugès, Hutchinson, Namias, Négrié, Aran, Cruveilhier, Bianco Giuseppe, Crocq et celles de la thèse de Siredey.

En 1860, Bernutz et Goupil étudient la pelvi-péritonite tuberculeuse et décrivent les ulcérations tuberculeuses des trompes. Pillaud donne, en 1861, pour titre à sa thèse *De la Tuberculose de l'Ovaire et de la Trompe*. Puis, en 1865, paraît la thèse si intéressante de M. le Professeur Brouardel.

Dans les années suivantes, nous trouvons la thèse de Giraud, le mémoire de Talamon (1878), la thèse de Vermeil (1880).

Nous entrons alors dans la période chirurgicale proprement dite et les cas publiés deviennent trop nombreux pour que nous songions à les citer. Mentionnons la thèse de Spœth, la monographie de Hegar qui trouve le premier le bacille dans les parois de sept trompes dont il a pratiqué l'ablation par laparatomie. L'anatomie pathologique est étudiée sur des pièces fraîches par M. le Professeur Cornil et Terrillon. Derville s'occupe de l'étiologie, M. Daurios réunit un certain nombre de cas suivis d'intervention. Citons encore plusieurs travaux et articles de Terrillon, le *Traité de Gynécologie* de Pozzi et le *Traité des Suppurations pelviennes* de Delbet.

Plus récemment, signalons la thèse de De Massia (1892), la thèse de Fernandez (1898), la thèse de Beuvignon (1898), les observations de Bouilly (in thèse Gorowitz), la thèse de Braye (1902), les observations de Doléris (in thèse Cousyn 1903). A Lyon, M. Vincent a, dans une communication à la Société de Médecine de Lyon (1901), attiré l'attention sur la métrite hémorragique tuberculeuse. Il nous faut citer en dernier lieu, parceque c'est elle que nous avons le plus mis à contribution, la publication récente de MM. Jamin et Violet sur quelques cas de tuberculose génitale.

Quant à l'étude de la tuberculose latente de la trompe de Fallope, elle nous vient à peu près entièrement de l'étranger. C'est à un élève de Kelly, Villiams, que nous devons une des meilleures études sur ce sujet. En Allemagne, outre la thèse de Spœth et la monographie de

Hegar, il nous faut citer les observations d'Orthmann (*Beitrage zur Kenntniss der Eileitertuberculose*) ; les communications de Bulius (1897), de Selheim (Congrès de Carlsbad 1902) ; les thèses de Mosler (Breslau 1883), de Wieland (Fribourg 1894) ; les observations de Penrose et Beyea (1894) ; la thèse de Fellenberg (1901) ; les rapports de Faure, Amann, Veit et Martin au Congrès de Rome 1902, qui ont étudié la fréquence de la tuberculose salpingienne et ont insisté sur son traitement. De nouveaux cas ont été rapportés par Murphy (*American journal of Obstetric and Gynecologie* 1904) et par Cullen (*Canada Lancet* 1903).

ÉTHIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Dans l'étude de la tuberculose génitale, les uns distinguent a) la tuberculose vulvaire et vaginale, b) du col utérin, c) du fond utérin, d) des trompes, é) des ovaires, f) du péritoine. Cette classification est surtout celle des étrangers. Excellente au point de vue anatomique, elle est moins bonne au point de vue clinique, et avec M. le Professeur Pozzi, nous distinguerions plus volontiers a) une tuberculose de la vulve, du vagin et du col, b) une tuberculose du corps de l'utérus, c) une tuberculose des trompes et des ovaires.

Mais la tuberculose utérine n'existe guère à l'état isolé, comme forme clinique pure. Il existe bien des cas où la tuberculose des annexes, si elle existe, se révèle uniquement par des signes utérins ; ce sont les cas à métrorragies de Kelly, de Vincent. Bien que Meyer, dans sa statistique de 67 cas, trouve 55 tuberculoses tubaires, (utérus non pris 15) et 8 cas de tuberculose utérine sans participation des trompes, il nous paraît légitime avec M. Violet, de réunir sous le nom de tuberculose utéro-annexielle, ces différents cas, et de faire dans la tuberculose génitale, deux

distinctions seulement, a) tuberculose de la vulve, du vagin et du col, b) tuberculose utéro-annexielle.

Quelle est la fréquence de ces annexites tuberculeuses par rapport aux annexites en général? Sur 60 annexites opérées du 1^{er} décembre 1903, au 1^{er} septembre 1904, à la clinique de M. Pollosson, nous relevons 9 annexites tuberculeuses, soit environ 14 %.

Nous estimons que les lésions tuberculeuses des annexes sont bien plus fréquentes, si nous tenons compte à la fois des cas non opérés, cliniquement non douteux, mais dont l'examen anatomo pathologique manque, et des cas qui ne sont que des trouvailles d'autopsie. Nous publierons plus loin plusieurs observations de Beyea, où le diagnostic de tuberculose annexielle ne fut posé qu'après l'ouverture de la cavité abdominale, et d'autres cas où il ne fut fait qu'à l'examen microscopique. Il est facile d'ailleurs de comprendre combien de cas de bacilliose nous échappent quand on lit que Von Francque a dû faire dans un cas 265 coupes pour arriver à trouver une lésion nettement tuberculeuse.

Merletti trouve sur 1360 autopsies de tuberculose, 34 lésions génitales chez l'homme, et 172 chez la femme (près de 13 %). Amam reconnaît que la tuberculose génitale existe chez l'homme dans 3 % des cas, chez la femme dans 20 % de toutes ces localisations, la tuberculose tubaire est la plus fréquente. Meyer réunit dans son travail 67 cas de tuberculose génitale et trouve 57 tubercules tubaires.

Possner sur 100 cas de tubercules diverses, trouve 30 cas de tuberculose génitale. Stolper sur 34 cadavres de femmes tuberculeuses a vu 7 fois, soit dans 20, 6 % des cas, l'infection localisée aux organes génitaux. Il faut noter

par contre que Schramm, sur un nombre égal de femmes tuberculeuses, n'a noté qu'un seul cas de tuberculose des organes génitaux. Dans une statistique de Von Hanseemann qui porte sur 7000 autopsies, dont 450 de femmes tuberculeuses, on ne trouve que 18 cas (4 % de tuberculose génitale.) En ne tenant compte que de la statistique portant sur les dix huit derniers mois écoulés, pendant lesquels on autopsia systématiquement tous les tuberculeux décédés à l'hôpital, on trouve un chiffre de 1970 autopsies, dont 149 de femmes tuberculeuses; or, parmi ces 149 cas, 8 seulement (5, 4 %) concernent des tuberculoses génitales. Ces chiffres de Hanseemann sont donc inférieurs à ceux de Possner et de Stolper; comme ils proviennent d'un hôpital général d'une grande ville (Berlin), ils présentent par cela même un certain intérêt. Au surplus, ils nous montrent d'une façon suffisamment probante que la tuberculose génitale n'est pas une rareté.

Au point de vue clinique, Martin sur 620 cas de salpingectomie trouve la tuberculose 17 fois. Williams, sur 91 cas d'annexites, trouve 7 tuberculoses tubaires, Rosthorn (de Prague) sur 103 annexites, 7 cas de tuberculose tubaire bilatérale. Penrose et Beyea, dans une série de 28 opérations pour annexites, trouvent 5 cas de tuberculose, et 4 dans une deuxième série de 27 cas, soit environ 15 %.

Au point de vue de la pathogénie, l'infection tuberculeuse des trompes peut se faire par différentes voies (Riche) :

A — Infection venue du dehors, infection ascendante. C'est une véritable inoculation qui peut se faire :

- a) chez une femme non tuberculeuse ; c'est la tuberculose génitale primitive,

- b) chez une femme déjà tuberculeuse pulmonaire ;
c'est ce qu'on a appelé infection primitive secondaire.

B — Infection venue du dedans :

- a) par contiguïté ; contamination de la trompe par une tuberculose intestinale ou péritonéale,
- b) par généralisation ou par voie hématogène.

La tuberculose génitale serait donc primitive ou secondaire suivant qu'il existe ou non dans l'organisme un autre foyer tuberculeux susceptible d'avoir été la porte d'entrée. Les organes génitaux de la femme peuvent-ils donc être contaminés directement par le bacille de Koch ? Ce fut la conception de Hegar, qui a établi la notion de tuberculose ascendante et descendante ; cette notion fut maintenue par ses élèves Alterthum, Bulius et la plupart des auteurs ; à la forme ascendante, correspondait en général la forme primitive, à la forme descendante la tuberculose secondaire. Il faut tout d'abord faire remarquer que cette division n'est pas fondée et l'expression de tuberculose génitale ascendante et descendante peut donner lieu à des erreurs, si l'on identifie la première désignation avec celle de tuberculose primaire et la seconde avec celle de tuberculose secondaire. La tuberculose descendante qui procède de la trompe vers l'utérus et le vagin pourrait, en effet, représenter une forme de tuberculose génitale primitive, dans laquelle les trompes sont les premières atteintes et représentent le foyer infectieux le plus manifeste : c'est de là que viennent les lésions de l'utérus et du vagin. Dans toutes les tuberculoses génitales, la trompe se trouve prise, soit seule, soit le plus fortement et, de ce point, le processus infectieux suit

une marche rétrograde. Toutes les tuberculoses seraient ainsi, primitives ou secondaires, toujours descendantes.

La localisation du processus tuberculeux au niveau des trompes se fait, le plus souvent par voie sanguine, le foyer d'origine étant connu ou étant passé inaperçu. C'est l'arbre respiratoire qui est certainement la porte d'entrée de beaucoup la plus fréquente du bacille tuberculeux et c'est par le mécanisme de l'infection sanguine que l'on doit expliquer la tuberculose de la plupart des organes, rein, foie, cerveau, articulations ou os.

En second lieu, la trompe peut se contaminer par voie d'approche, la tuberculose péritonéale précédant la tuberculose tubaire. W. Mayer, sur 194 cas de tuberculose génitale secondaire, trouve le péritoine atteint dans 110 cas. Le passage du bacille tuberculeux dans la trompe peut se faire par plusieurs voies : la voie, peut-être la plus fréquente, est celle de l'infundibulum, comme on l'a constaté chez les animaux, en introduisant dans la cavité abdominale des grains de cinabre, qu'on retrouvait, au bout de quelque temps dans la trompe et dans l'utérus (expériences de Pirmer). Les bacilles peuvent aussi se greffer d'abord sur la séreuse tubaire, déterminer de la périculpingite, puis pénétrer à travers la paroi jusqu'au niveau de la muqueuse tubaire. Ce que Cornil a démontré de l'intestin se trouve également vérifié pour la trompe. Orth a pu se rendre compte de la possibilité du passage du bacille dans la cavité de la trompe, aussi bien que de la cavité tubaire vers la séreuse.

Il faudrait maintenant savoir si la tuberculose du péritoine est elle-même primitive ou secondaire. Les anatomo-pathologistes n'admettent de plus en plus qu'une seule

voie d'entrée au bacille de Koch : l'arbre respiratoire et il est difficile d'admettre la réalité de la tuberculose péritonéale secondaire à une forme ascendante de tuberculose génitale.

L'apport du bacille tuberculeux dans les voies génitales de la femme peut se faire par l'intermédiaire d'une sonde intra-utérine, d'un pessaire, d'un hystéromètre, d'un ballon, surtout par celui des doigts du médecin ou de l'accoucheur. On a pu incriminer dans quelques cas le pus d'une fistule anale. Mais le mode de contagion le plus intéressant et sur lequel on a le plus discuté est le coït. C'est celui dont Conheim a été l'instigateur et Hegar le principal défenseur.

On a établi nettement l'existence du bacille de Koch dans le sperme des bacillaires, l'existence d'urétrites tuberculeuses en dehors même de toute lésion manifeste de tuberculose génitale. Mais la découverte dans le smegma préputial d'un bacille ayant des caractères morphologiques et de coloration analogues à ceux du bacille de Koch doit enlever à ces recherches une grande partie de leur valeur.

Comme le gonocoque, le bacille de Koch pouvait franchir le vagin, le col utérin et se localiser dans la trompe où il trouvait des conditions plus favorables de développement (Hegar). La rareté de l'envahissement des premières étapes du tractus génital s'expliquait par ce fait que le vagin, le museau de tanche étaient protégés par un épithélium pavimenteux et la cavité cervicale par son mucus.

Les bacilles tuberculeux sont d'ailleurs en très petite quantité dans le sperme des bacillaires. Si d'ailleurs le

danger de l'infection par le sperme bacillifère était grand, Gärtner fait remarquer que le gland et l'urètre du sujet malade devraient être très souvent infectés, alors qu'on ne l'observe qu'exceptionnellement.

Avec la prétendue fréquence de la tuberculose génitale primitive (18 p. 100 d'après certains auteurs), on devrait supposer que, parmi les parties génitales, celles qui entrent le plus en fonction dans le coït, la vulve, le vagin et le col, seraient le plus fréquemment atteintes. Même en tenant compte des conditions défavorables dont nous avons parlé tout-à-l'heure, la pénétration des germes devrait être possible dans bien des cas, grâce aux légères solutions de continuité qui existent si souvent. Cependant la tuberculose vulvaire est très rare ; on ne cite qu'un cas de tuberculose primitive du vagin et encore s'agit-il dans ce cas (Friedlander), de tuberculose de la portion vaginale du col.

On a signalé des observations de contagion entre tuberculeux. Mais comme chez le mari il existait des signes de tuberculose pulmonaire dans bien des cas, il est plus légitime d'admettre que c'est par le mécanisme de l'infection hématogène que les organes génitaux de la femme ont été contagionnés par le mari.

Plusieurs expériences ont été faites, sur le même sujet, par Cornil, Dobronlowski, Gärtner, Spano. Ces auteurs trouvent fréquemment des tuberculoses généralisées à la suite d'un simple dépôt de bacilles de Koch sur la muqueuse vaginale du cobaye. Mais ces expériences ont été reprises plus récemment par Popoff, par Williams et Guizzoni, par M^{lle} Gorovitz et par Murphy, et tous ces auteurs s'accordent pour dire que, lorsque dans l'inocu-

lation on ne produit aucune lésion au niveau de la muqueuse, les résultats sont négatifs; ils ne deviennent positifs qu'à la condition de l'effraction de la muqueuse génitale. Le bacille pour se greffer dans le vagin a besoin d'une porte d'entrée.

Au point de vue clinique, Amann, dans son rapport au Congrès de Rome, a passé au crible tous les faits de tuberculose génitale primitive. On peut dire avec lui qu'un diagnostic absolument certain ne peut être fait que lors de l'autopsie. Les constatations cliniques, quel que soit le caractère de certitude qu'elles présentent, ne sont jamais irréprochables, étant donné que sur le vivant on ne peut jamais savoir exactement s'il n'existe pas en quelque endroit de l'organisme un petit foyer qui fut le point de départ de la tuberculose. La tuberculose ganglionnaire, dont on parlait à peine autrefois, est démontrée comme presque cons tante par les autopsies actuelles.

Le bacille tuberculeux en pénétrant dans l'organisme peut ne pas déterminer de lésions appréciables; il peut sans modifier la muqueuse pénétrer dans le courant lymphatique, être transporté dans les ganglions et y déterminer des lésions caractéristiques. En outre, les modifications au niveau du pharynx, du poumon ou de l'intestin peuvent guérir d'une manière si complète qu'il ne subsiste pas la moindre trace révélatrice du passage des germes.

Ortmann donne sur 144 cas, 18 % de tuberculose génitale primitive. La fréquence de cette tuberculose primitive avait été appréciée différemment selon les auteurs; Frerichs indique 6 p. 100, Mosler 19, 5 p. 100, Spæth 24, 5 p. 100, Stolper 1 sur 35.

Ortmann rapporte 33 cas de tuberculose primitive

qu'il divise en 2 groupes: 22 cas avec autopsies, 11 cas simplement opératoires. Dans les 22 premiers cas, il décrit des lésions tuberculeuses, secondaires pour lui, disséminées dans la plupart des organes, reins, plèvre, ganglions, péritoine et ces lésions tuberculeuses sont très fréquentes. Dans les cas opératoires, il cite seulement la participation du péritoine dans 10 cas et considère les autres organes comme indemnes. Mais l'expérience personnelle montre qu'il est impossible de constater sur la femme vivante les foyers tuberculeux isolés, tels que les paquets ganglionnaires et pour se prononcer si une tuberculose génitale est primitive ou secondaire, il faut uniquement s'en rapporter aux cas suivis d'autopsie et parmi les autopsies, à celles où l'attention a été particulièrement attirée sur la recherche du foyer primitif, cette recherche présentant des difficultés, très souvent même sur le cadavre.

De l'avis d'Amann, sont tous les anatomo-pathologistes qui se sont occupés de la question, Scanzoni, Klebs, Ribbert, Bollinger. Pour eux, la tuberculose génitale primitive n'existe pas.

Pour nous, la tuberculose génitale ascendante doit subir le même sort que celle des voies urinaires. La distinction entre tuberculose primitive et secondaire doit disparaître. La dénomination de tuberculose génitale primitive peut être tolérée pour une observation avec contrôle nécropsique; elle ne doit pas être de mise dans une observation purement clinique et opératoire.

Dans la plupart de nos observations, nous n'avons pas eu à discuter la possibilité d'une tuberculose ascendante. Très souvent, il existait des lésions pulmonaires cica-

trisées ou en évolution. Dans beaucoup de cas, il existait des lésions de la séreuse péritonéale ; dans d'autres, il s'agissait de filles vierges et l'idée de tuberculose ascendante devait être de ce fait écartée.



ETIOLOGIE. — Au point de vue étiologique, Aran prétend que les $\frac{2}{3}$ des femmes qui présentent cette inflammation à l'état chronique sont des tuberculeuses. Loin d'accuser, avec Vermeil, Aran d'exagération manifeste nous sommes d'avis que les femmes atteintes de tuberculose salpingienne présentent d'autres lésions tuberculeuses et très souvent de la tuberculose pulmonaire.

La tuberculose génitale peut débiter de préférence chez des femmes atteintes déjà, depuis un temps plus ou moins long d'affections utérines ou annexielles diverses : puerpérales, traumatiques, blennorragiques. Bernutz n'accuse pas ces affections d'avoir déterminé la tuberculose ; seulement au moment de l'envahissement de la diathèse, celle-ci frappe de préférence des organes déjà malades.

La tuberculose peut envahir des organes génitaux sains jusqu'alors. Quelques-unes de nos observations se rapportent en effet à des femmes qui n'ont jamais eu ni grossesse, ni fausses couches, ni affections utérines.

En ce qui concerne d'abord l'âge des malades, sur 34 cas recueillis par Schramm (1882), la plus grande fréquence de la tuberculose annexielle est dans le jeune âge et à l'âge moyen de la vie :

de 20 à 30 ans.....	12 cas.
30 à 40 —.....	13 —
40 à 50 —.....	5 —
50 à 60 —.....	2 —
Au-dessus de 60 —.....	2 —

Ceci concorde avec les observations de Geil, de Rokitsanski, dans lesquelles la maladie est rare jusqu'à 20 ans, mais atteint son maximum au-delà de cet âge. Il faut noter que sur ces 34 cas rapportés par Schraimm, il n'y a qu'un cas douteux de tuberculose primitive. A l'enfance et à la puberté, on observe la tuberculose génitale plus souvent qu'après 40 ans. Brouardel compte 6 cas avant 10 ans et 7 cas entre 10 et 20 ans.

Sur 33 observations recueillies par Lewert (1872), nous trouvons :

De 20 à 25	8	24 %	{	64 %
25 à 30	13	40 %		
30 à 35	6	18 %	{	36 %
35 à 40	6	18 %		

ce qui donne un maximum entre 20 et 30 ans et le maximum absolu entre 25 et 30 (2/5 des cas).

Brouardel, dans un ensemble de 36 cas, a trouvé la proportion suivante :

Avant 10 ans.....	6
De 10 à 20 —.....	7
20 à 30 —.....	16
30 à 40 —.....	3
50 à 60 —.....	2
au dessus de 60 —.....	2

Bouilly les a le plus généralement observés entre 20

et 35 ans, mais avec un maximum de fréquence entre 20 et 25.

Nous avons recueilli près de 80 observations de salpingite tuberculeuse, dont nous ne publierons que les plus intéressantes ; les autres nous auront servi pour notre statistique seulement. Nous trouvons donc :

De 15 à 20 17

20 à 25 20

25 à 30 12

30 à 40 18

au-delà de 40 8, c'est-à-dire un maximum entre 20 et 30, et surtout entre 20 et 25.

Nous avons recherché quel était le nombre des femmes mariées, dans nos observations : il est de 43. Nous avons trouvé 18 femmes non mariées et parmi celles-ci 5 vierges.

La puerpéralité joue un rôle important dans la genèse de cette tuberculose. Pendant la grossesse et loin du post partum, l'utérus devient, en effet, par sa vascularisation, plus propice au développement de la tuberculose. Nous n'avons qu'à signaler les tuberculoses miliaires qui se développent au niveau de l'insertion placentaire. Dans plusieurs de nos observations, l'affection paraît avoir débuté pendant la grossesse ou après l'accouchement. Dans une observation de la clinique de M. Pollosson, il s'agit d'une malade de 25 ans, ayant eu deux enfants morts en bas âge ; bien que les suites de couches du dernier accouchement fussent normales, elle se mit à présenter des points de côté, de la fièvre, des pertes blanches très abondantes et, à son entrée quelque temps après à la Charité, on fit le diagnostic de tumeur gauche bombant dans le cul de sac postérieur. Dans une

observation de Cousyn, on fait le diagnostic de métrite et de salpingite chez une femme de 22 ans, enceinte de deux mois et demi et dont le début de la grossesse avait été normal. Dans une observation de Braye, il s'agit d'une femme de 25 ans, enceinte pour la deuxième fois (le premier accouchement avait été normal), qui a commencé à souffrir dès le troisième mois de sa grossesse et qui, après un avortement au cinquième mois, présenta un écoulement vaginal fétide.

M^{lle} Gorowitz publie l'observation d'une femme de 21 ans, ayant accouché il y a 19 mois et ayant fait une fausse couche de trois mois, il y a six mois; depuis cet accident, elle a souffert du ventre et n'a pu reprendre son travail; elle perd continuellement en rouge et en blanc et à l'examen, on lui découvre une tumeur bombant dans le cul de sac postérieur et qui n'est autre que la trompe droite tuberculeuse. Dans une observation de Brouardel, il s'agit d'une femme ayant eu huit enfants et qui, après son neuvième accouchement, a conservé des pertes blanches, des douleurs assez vives dans les reins et dans le bas ventre. Dans une observation de Kelly, il s'agit d'une femme de 42 ans, ayant eu huit enfants; son dernier enfant demanda un travail laborieux ayant nécessité l'application d'un forceps faite après 48 heures d'un travail inutile. Depuis cette époque, la malade s'est mal portée. La menstruation se produit tous les seize jours. La malade passe la plupart du temps couchée au lit.

Le mariage semble lui aussi jouer dans le développement de la tuberculose génitale un rôle important. Dans une observation de la Clinique, il s'agit d'une

malade de 34 ans, régulièrement réglée jusqu'à son mariage, irrégulièrement depuis cette époque. Les règles sont devenues très abondantes, toujours en avance et très douloureuses. Cousyn rapporte le cas d'une femme de 27 ans dont les règles avaient été douloureuses jusqu'à l'âge de 19 ans et qui mariée à 27 ans a présenté, trois semaines après son mariage, des douleurs abdominales assez vives pour nécessiter un alitement complet pendant quatre mois. Dans une observation de Beuvignon, c'est seulement deux ans après son mariage que l'affection a débuté chez une femme de 27 ans par du ballonnement et de la sensibilité de l'abdomen. M^{lle} Gorowitz rapporte l'observation d'une femme de 20 ans dont le ventre a grossi rapidement, sans douleurs, cinq mois après son mariage et dont la laparotomie montra, avec le péritoine absolument sain, des annexes nettement tuberculeuses. Dans une observation de Marchese, il s'agit d'une femme de 19 ans, mariée, dont l'état s'aggrava après son mariage et qui présenta de la fièvre, des règles très abondantes et un écoulement purulent par le vagin, symptomatiques d'une infection tuberculeuse des annexes et de l'utérus. Penrose et Beyea publient l'observation d'une américaine de 30 ans, mariée depuis 6 ans, dont les règles avaient toujours été régulières. Immédiatement après son mariage, elle remarqua qu'elle perdait ses forces; sans cause apparente, elle se mit à souffrir de la fosse iliaque droite, dans le dos avec irradiations de la cuisse droite et exacerbation des symptômes au moment des règles.

La profession des malades n'a rien de particulièrement

intéressant. A côté d'ouvrières, astreintes à un travail sédentaire, fatiguées par des veillées fréquentes et qui, au point de vue hygiénique, se trouvent dans des conditions défectueuses, il n'est pas rare de voir arriver des malades de la campagne.

Dans un grand nombre d'observations, on peut trouver des membres appartenant à la famille de ces malades et morts d'infection tuberculeuse.

Leurs antécédents personnels sont instructifs, car elles ont presque toutes présenté pendant leur enfance des manifestations de tuberculose : chez l'une, ce sont des adénites qui ont évolué lentement et ont suppuré, chez d'autres des amygdales hypertrophiées ou des végétations adénoïdes, ou encore des fistules dont on relève les traces ; d'autres enfin présentent des signes non douteux de tuberculose pulmonaire (hémoptysies, pleurésies antérieures, etc.,).

Les troubles de l'appareil génital ont une importance capital. L'irrégularité des règles, tant dans la date de leur apparition que dans leur durée est une cause commune. Les malades ont été réglées entre la 12^{me} et la 17^{me} année en moyenne ; quelques-unes ont été réglées à 11 ans, d'autres ne l'ont été qu'à 17 et 18 ans. Cousyn rapporte l'observation d'une fille de 20 ans, atteinte de tuberculose annexielle et complètement aménorrhéique.

Rappelons enfin que la coexistence de la gonococcie et de la tuberculose a été signalée par Williams et par Saulmann et qu'il existe ici des formes d'infection mixtes, dans lesquelles le gonocoque préparerait le terrain au bacille de Koch.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Des localisations de la tuberculose génitale, celle de la trompe est de beaucoup la plus fréquente. Sur 119 cas rapportés par Spœth, la statistique montre que 103 fois les trompes étaient atteintes par le processus tuberculeux, en somme dans 86, 5 % des cas. Dans 29 cas, les trompes étaient le siège unique de l'affection, soit 16 %, 66 fois les trompes et l'utérus étaient atteints de tuberculose (53,8 p. 100), 5 fois les trompes, l'utérus et l'ovaire (4,2 p. 100).

Vermeil réunissant ses observations avec celles de Brouardel nous présente 94 cas de tuberculose génitale. La trompe était prise 51 fois, soit 19 fois seule, 11 fois avec l'ovaire, 7 fois avec l'ovaire et l'utérus, 13 fois avec l'utérus, 1 fois avec l'ovaire et le vagin.

Les lésions de l'ovaire sont rares : il en existe néanmoins plus de 200 cas dans la science (Aconci, Wolff, Guillemin, Schottlander).

Très importante, à notre avis, est la question de la fréquence de l'envahissement concomitant de l'utérus dans les salpingites tuberculeuses, cette notion ayant autant

de valeur au point de vue clinique qu'au point de vue opératoire. Russel de Baltimore estime que, si on trouve de la tuberculose de l'endosalpinx, on est en droit de penser que l'utérus lui aussi est atteint de tuberculose et qu'à l'inverse si l'on trouve à la curette de la tuberculose de l'utérus, on peut conclure à celle des annexes. Il faut agir selon lui, dans les deux cas, comme on agit avec une tumeur maligne et enlever l'utérus avec les annexes.

De Massia croit « qu'il est fréquent de trouver l'utérus développé, présentant les lésions de la métrite chronique, comme dans la plupart des pyosalpinx. Quant aux lésions spécifiques, on peut déjà, au simple examen de la trompe, affirmer presque sûrement si l'utérus est pris. Lorsque les lésions tuberculeuses de la trompe dépassent en effet les deux tiers externes, il y a bien des chances pour que l'utérus soit pris. Dans une observation, cette continuation des lésions d'un organe à l'autre était des plus nettes et l'on voyait parfaitement, par transparence sous le péritoine, les petits foyers caséeux qui criblaient la partie interne de la trompe envahir l'utérus ».

On sait que, dans son traité de Gynécologie, Pozzi déclare que, pour les inflammations vulgaires, salpingite et métrite sont choses connexes et que qui dit métrite dit salpingite ou mieux métrosalpingite. Dans les cas de salpingite tuberculeuse, on peut rencontrer un certain degré de métrite banale, vulgaire. C'est ainsi que dans une observation de M. Pollosson, à côté de deux trompes nettement tuberculeuses, l'utérus enlevé n'est atteint que d'endométrite glandulaire. Mais fréquemment l'utérus est atteint lui aussi de tuberculose. Meyer sur 57 cas de

tuberculose tubaire signale l'entérite de l'utérus dans 25 pour 100. Pour Cornil, la tuberculose de la muqueuse utérine est parallèle à celle de la trompe.

La muqueuse utérine peut être infectée, soit isolément, soit en même temps que la trompe, par voie sanguine. Il est très vraisemblable que l'utérus est infecté secondairement par les produits tubaires qui viendraient s'écouler à la surface. La tuberculose est ainsi une affection descendante et on peut admettre une phase de début dans laquelle la participation de l'utérus n'a pas encore eu lieu. Cette intégrité de l'utérus peut encore relever de l'oblitération de l'orifice interne de la trompe et de la formation d'un pyosalpinx tuberculeux fermé. Quoiqu'il en soit, nous devons tenir pour certain le fait anatomo-pathologique suivant : l'intégrité de l'utérus dans un certain nombre de salpingites tuberculeuses. L'utérus est pris le plus souvent secondairement, par voie descendante, tandis que dans la blennorrhagie, au contraire, infection ascendante, l'envahissement de l'utérus est la première étape obligatoire de l'infection annexielle. C'est ce qui divise les salpingites en deux groupes ; un groupe présente ce caractère particulier, c'est que les lésions se localisent dans l'ovaire et dans la trompe, sans avoir au préalable atteint la muqueuse utérine, au moins dans la plupart des cas. Dans les autres inflammations de la trompe, au contraire, les lésions suivent en général une marche ascendante, envahissant la muqueuse utérine et quelquefois la muqueuse vaginale avant d'atteindre la muqueuse tubaire.

Dans les observations de la clinique de M. Polosson, l'utérus a été enlevé quatre fois; il a été examiné deux

fois, trouvé une fois tuberculeux, une fois atteint d'endométrite glandulaire ; dans un cas, la muqueuse fut détruite avec le thermo-cautère, au cours de l'intervention, comme cela se pratique dans le procédé par hémisection ; dans le quatrième cas, il ne se présentait que des fibromes, sans lésions de bacilliose.

Il est fréquent de trouver à l'autopsie de malades mortes de tuberculose pulmonaire ou méningée l'utérus atteint de tuberculose en même temps que les trompes ; c'est le cas de quatre observations de Braye, de deux malades citées par Beuvignon, d'une malade de Mlle Gorovitz, d'une malade de Brouardel. Delbet, Spœth, Faure Miller, Adenot rapportent des cas analogues. Beyea rapporte l'observation d'une femme de 23 ans, ayant de la leucorrhée fétide et profuse depuis trois ans et atteinte de tuberculose chronique diffuse de la portion vaginale du col, des trompes et conclut à une marche descendante de l'affection. Penrose et Beyea publient le cas d'une américaine de 30 ans et atteinte de tuberculose primitive fibreuse chronique avec calcification de la trompe droite (lésions presque exclusivement localisées aux deux tiers externes) de kyste de l'ovaire droit, de tuberculose fibreuse secondaire de la muqueuse utérine d'origine salpingienne et tuberculose péritonéale secondaire.

Nous devons en revanche à l'obligeance de M. le docteur Devic trois observations de tuberculeuses dont l'autopsie montra, à côté d'annexes transformées en matières caséeuses, un utérus absolument sain. Il en est de même de la malade de M. Bret dont nous rapporterons plus loin l'observation. D'autre part, l'utérus a été trouvé sain, à l'autopsie de tuberculeuses, par Beuvignon, par M^{lle} Go-

rovitz, par Dedefoy chez une femme morte de méningite tuberculeuse. Lovrich enlève par une hystérectomie vaginale totale deux annexes tuberculeuses et un utérus sain chez une femme de 47 ans. Kundrat, dans trois hystérectomies vaginales, a trouvé trois fois l'utérus indemne, alors que les annexes étaient nettement tuberculeuses.

Comment expliquer maintenant l'électivité de la tuberculose pour les trompes ? D'abord, il semble que la forme contournée de leur cavité, leur situation horizontale dans l'abdomen, prédisposent à la stagnation des sécrétions. Sous l'influence de l'irritation produite dans la cavité tubaire par la présence des germes, la muqueuse s'enflamme et l'ostium uterinum s'oblitére. Les produits virulents, n'ayant plus d'autre issue que l'ouverture du pavillon, s'écoulent dans le péritoine qui réagit. Des adhérences se forment et ainsi se trouve constituée une cavité close, condition éminemment favorable à la culture des organismes pathogènes. Il faut, en outre, rappeler qu'il faut faire une grande part dans cette prédisposition aux inflammations antérieures, si fréquentes au niveau des trompes, et en particulier à la gonococcie.

Le plus souvent, les deux trompes sont atteintes. M. Daurios, sur 20 observations, n'en cite que 5 où une seule trompe était tuberculeuse ; encore sur ces 5 cas, y en avait-il 3 où furent notées des lésions ne paraissant pas tuberculeuses, mais nécessitant néanmoins la castration.

La statistique de Schramm donne 79,4 % de salpingites bilatérales. Pour Martin, la bilatéralité est plus fréquente dans la salpingite tuberculeuse que dans toutes les autres prises en bloc. En contradiction avec Rosthorn qui a toujours trouvé les lésions bilatérales, Terrillon fait de l'uni-

latéralité des lésions un bon signe devant faire songer à la bacillose.

« La salpingite tuberculeuse peut être unilatérale, caractère qui existe souvent pour les organes génitaux de l'homme, épididyme ou testicule, au moins pendant une certaine période. Or nous savons que la salpingite ordinaire, inflammatoire, simple ou blennorragique, est toujours double. Les lésions varient d'intensité ou d'abondance d'un côté à l'autre, mais elles sont toujours doubles. Cette absence de bilatéralité de la lésion tuberculeuse méritait d'être signalée, car elle pourra servir à établir, dans quelques cas, la nature tuberculeuse du processus, quand on aura constaté qu'un seul côté est atteint par la maladie ».

Dans les 9 observations de la clinique de M. Pollosson, la lésion a été 5 fois bilatérale, 4 fois unilatérale (3 fois trompe droite, 1 fois trompe gauche). Dans les observations que nous avons recueillies, nous avons trouvé 50 fois une lésion bilatérale des trompes, 7 fois la trompe droite prise seule, 4 fois seulement la gauche. Fréquemment les deux trompes ne sont pas atteintes au même degré. Il est fréquent de voir une trompe atrophiée ou atteinte de salpingite catarrhale simple, quand l'autre est nettement tuberculeuse.

Nous avons rencontré plusieurs cas de pyosalpinx véritable avec ostium abdominal parfaitement fermé. Kleinhans et Martin ont attiré l'attention sur l'absence de fermeture du pavillon dans certains cas de salpingite tuberculeuse; nous ne l'avons jamais rencontré dans les observations de la clinique. Dans une observation de Beuvignon, il s'agit d'une femme de 21 ans à l'autopsie de laquelle on trouva un pavillon qui s'épanouissait en

arrière de l'utérus et complètement ouvert. Beuvignon rapporte également le cas d'une femme de 26 ans, dont le pavillon était libre ouvert et laissait écouler à la pression de la matière tuberculeuse. Dans toutes nos autres observations, nous trouvons l'orifice abdominal complètement fermé.

Le volume de ces pyosalpinx est parfois si considérable qu'ils rendent difficile un diagnostic avec un kyste de l'ovaire. Nous y reviendrons à propos du diagnostic. Le développement énorme de ces pyosalpinx de nature tuberculeuse a été signalé par les classiques et l'on rapporte partout les cas d'Aran (pyosalpinx remontant jusqu'à l'ombilic) et de Steemann (tumeur contenant 2^l de pus). Il est facile d'ailleurs de comprendre que seules ces formes torpides d'inflammation puissent permettre à une trompe d'acquérir de pareilles dimensions.

Nous avons rencontré, dans un certain nombre d'observations et en particulier dans celles de Bouilly, citées par M^{lle} Gorowitz, de nombreux exemples de pelvi-péritonite tuberculeuse que rien dans leur évolution, ni dans l'aspect du pus, ne pouvait faire distinguer d'une collection gonococcienne ou streptococcienne.

Dans plusieurs observations de Penrose et Beyea, à l'ouverture du ventre, on ne voyait aucune lésion du péritoine et les lésions annexielles ne différaient en rien des salpingites gonococciennes ; le microscope seul a permis de faire le diagnostic.

Hegar et Alherthum ont fait des nodosités isthmiques salpingiennes une caractéristique de la tuberculose ; aucune des observations de la clinique ne nous a permis de constater l'existence de la forme en chapelet de Hegar.

Dans un seul de nos cas (obs. iv), « les portions isthmiques de la trompe étaient dilatées, noueuses, débordant les cornes utérines de manière à les recouvrir, comme nous ne l'avons jamais vu dans les salpingites blennorragiques, dans lesquelles les lésions portent surtout sur la portion ampullaire ».

La trompe est en général augmentée de volume et par suite de l'oblitération de son pavillon, elle est devenue kystique. Lorsque le péritoine qui la recouvre n'est pas semé de granulations caractéristiques, elle peut dès lors ressembler absolument à une trompe atteinte de quelque infection banale et c'est l'ouverture simple de sa cavité qui permet de reconnaître au plus simple examen les lésions microscopiques de la tuberculose. Tantôt elle est remplie d'un pus granuleux, mal lié, peu homogène, tantôt d'un pus verdâtre et crémeux, car on sait que les collections froides peuvent revêtir ces deux apparences. La paroi irrégulière, tomenteuse, recouverte d'une couche puriforme plus épaisse et plus condensée, ressemble à s'y méprendre à celle d'un abcès froid. Ces formes peuvent acquérir de grandes dimensions, ce sont de véritables abcès froids de la trompe, qui ne diffèrent en rien de ceux qui se développent ailleurs.

Dans certains cas, la cavité de la trompe contient non pas du pus, mais des fongosités accumulées en masses inégales, plus ou moins compactes, parfois opaques et résistantes, parfois filamenteuses et presque translucides, et qui rappellent exactement les fongosités articulaires ou synoviales, ce sont de véritables salpingites fongueuses.

Quelquefois aussi, les lésions cavitaires sont peu accentuées, la trompe est épaissie, avec des foyers caséux

infiltrant ses parois en différents points, avec des hypertrophies, des ulcérations, de véritables petites cavernes, qui reproduisent ici les lésions fréquentes dans les tissus tuberculeux.

Autour des organes malades, il se produit un travail d'organisation spécial. Le tissu nouveau et induré qui les entoure en les unissant aux parties voisines devient épais, dur, fibreux et tellement résistant qu'on ne peut le détruire qu'avec la plus grande difficulté. Quand on veut enlever ces parties altérées adhérentes au bassin, on ne peut y parvenir qu'en déchirant ce tissu, en le dédoublant et souvent en empiétant sur les enveloppes des trompes et des ovaires. Aussi peut-on difficilement enlever les abcès tuberculeux de ces organes sans les rompre avant l'ablation totale. Parfois même on est obligé de renoncer à leur extirpation. C'est le cas d'une observation de Terrillon, où il fut impossible d'enlever la trompe gauche à cause des adhérences qu'elle avait contractées avec les parties voisines.

Il y a là un caractère assez différent de celui que l'on rencontre dans les autres salpingites, où la décortication et la séparation des organes malades avec les parois du bassin est ordinairement facile, le tissu inflammatoire qui sert d'union étant peu épais et peu induré.

Au point de vue histologique, Merletti qui, sur 172 cas de tuberculose génitale, a rencontré 157 salpingites tuberculeuses distingue trois formes :

- a) une forme à périsalpingite
- b) une salpingite interstitielle
- c) une endosalpingite.

Il nous semble qu'au point de vue anatomo-pathologique, nous ayons à distinguer deux grandes formes :

1° une forme de péritonite tuberculeuse,

2° une forme salpingienne proprement dite.

La première forme, de péritonite tuberculeuse à localisation prédominante au niveau du petit bassin, plus fréquente chez la femme que chez l'homme, est bien connue depuis les travaux de Brouardel, de Poncelet et Pic, de Bouilly. Mais à côté de cette forme, il existe une forme plus limitée (périsalpingienne, interstitielle, muqueuse) qui passe plus facilement inaperçue.

Dans la forme à périsalpingite, nous pouvons distinguer trois cas, selon qu'il s'agit d'une collection séreuse, suppurée, ou d'une forme fibreuse. Dans le premier cas, le point de départ peut passer complètement inaperçu. Il peut être certain : c'est la trompe et il s'agit de tuberculose ; c'est le cas de nos observations I et VII.

Comme exemple de périsalpingite suppurée ou pelvi-péritonite, nous avons notre observation IX.

Enfin, comme type de périsalpingite fibreuse, citons notre observation III où nous trouvons sur le péritoine des nodules crétacés de la grosseur d'une lentille et des adhérences des trompes avec l'appendice.

A côté de cette forme périsalpingienne, il est une forme caractérisée par la présence de noyaux instertiliels et c'est le cas de notre observation VII.

Signalons enfin la forme à endosalpingite caractérisée par la présence, soit de tubercules simples, soit de caséum.

Dans tous ces cas, tantôt le pavillon est ouvert et l'on se trouve en présence de petites trompes, tantôt il est fermé et l'on a affaire à de gros pyosalpinx tuberculeux.

A un autre point de vue, on distingue avec William une forme aiguë et une forme chronique, et au point de

vue des lésions trois formes : miliaire, chronique diffuse et chronique fibreuse. Cette dernière représenterait un mode de guérison possible admis par Martin.

Avant de clore ce chapitre d'anatomie pathologique, nous tenons à signaler avec M. Violet que « la tuberculose détermine souvent une hyperplasie telle dans les épithéliums avoisinants que, histologiquement, le diagnostic de tumeur maligne s'impose. Steemann, Orthmann, Landau et Rhemstein, Wolff, Martin ont publié des figures dans lesquelles des productions épithéliales apparaissent au-delà de la musculuse, sans qu'on puisse voir de quelle façon ces néoformations épithéliales à disposition kystique se relieut aux villosités tubaires. Pour Martin elles proviendraient plutôt de la transformation de l'endothélium péritonéal. C'est ainsi que nous possédons des préparations de salpingites pour lesquelles l'évolution clinique et l'aspect macroscopique des lésions (purulence) plaident pour une inflammation, voire même pour de la tuberculose, et à la vue desquelles M. Paviot a porté le diagnostic d'épithélioma de la trompe. »

La tuberculose de l'ovaire accompagne assez souvent celle de la trompe, dans la plupart des cas, cet organe est difficilement reconnaissable, perdu qu'il est dans les fausses membranes. On a décrit de vastes abcès caséux de la glande ; mais il ne serait pas impossible que dans quelques autopsies anciennes où l'on décrit des poches purulentes, ovariennes, énormes, allant s'ouvrir dans les organes voisins, on ait pris pour l'ovaire le tiers externe de la trompe. Même quand l'ovaire n'est pas tuberculeux, il est rare qu'il soit sain et n'ait pas subi au moins la dégénérescence scléro-kystique.

Nous ne voulons pas insister sur les différentes lésions que l'on peut rencontrer à l'autopsie de femmes atteintes de tuberculose de la trompe. Les ganglions lymphatiques sont généralement envahis sur une étendue variable et plus ou moins dégénérés.

La tuberculose urinaire coïncide assez rarement avec la tuberculose génitale chez la femme, à l'inverse de ce qui se passe chez l'homme. Les deux appareils sont en effet indépendants chez elle d'un bout à l'autre.

L'intestin présente assez souvent des lésions tuberculeuses, soit granulations de la séreuse qui le recouvre, soit lésions plus profondes. D'ailleurs, la tuberculose peut s'étendre de l'un à l'autre organe, par contiguité et aboutir à la production d'une fistule tubo-intestinale qui se fait le plus souvent au niveau du rectum, quelquefois au niveau du cœcum.

On peut constater quelques granulations méningiennes.

Quant aux poumons, on peut y rencontrer depuis la tuberculose miliaire aiguë jusqu'à l'énorme caverne, avec tous les stades intermédiaires.

SYMPTOMATOLOGIE

L'évolution tuberculeuse peut se traduire dans la trompe par des signes physiques et fonctionnels différents et variables suivant les cas.

Il est une première forme, où la lésion tuberculeuse passe inaperçue, où on ne songe pas à elle, où on est surpris de la rencontrer à l'autopsie de malades paraissant avoir succombé à d'autres maladies. Ces malades ont accusé de la céphalalgie, de la diarrhée, de l'inappétence; de la fièvre, de l'abattement, en un mot l'appareil symptomatique d'une maladie générale infectieuse. Suivant la prédominance des symptômes, on diagnostique fièvre typhoïde, pneumonie, méningite, tuberculose pulmonaire, mais pas un instant l'attention n'est attirée sur les organes génitaux. C'est à cette forme que nous pouvons rapporter les trois observations de tuberculeuses que nous devons à l'obligeance de M. Devic.

A côté de cette forme aiguë, il en existe une autre subaiguë ou plus ou moins chronique. A. Martin fait des troubles menstruels la première et la plus importante des manifestations de l'infection bacillaire des trompes. « Il

en est de même, dit-il, que dans l'envahissement de l'endomètre. Les règles sont abondantes et douloureuses; elles devancent sur le moment attendu. En même temps, surviennent des douleurs, soit du côté malade, soit des deux côtés. Les douleurs sont-elles liées à l'infection tubaire ou à la réaction concomitante du péritoine, il est difficile de le dire. Mais ce qui appartient à la réaction péritonéale, ce sont les troubles de l'intestin et des fonctions rectales; il en serait de même de l'ascite qui serait la compagne habituelle de toute localisation de la tuberculose sur les trompes ou le péritoine. Les grandes élévations de température sont rares à cette phase du début ». Il est difficile d'assister à la période du début des malades atteintes de salpingites tuberculeuses et il s'écoule en moyenne de trois à six mois avant qu'elles se présentent à l'examen.

Dans la plupart de nos observations, le début a été à peu près constamment le même : par des phénomènes de péritonite tuberculeuse. Beaucoup de ces malades ont eu un accident brusque, douleur de l'abdomen, très vive, vomissement, ballonnement du ventre, diarrhée, symptômes qui s'amendent facilement, mais qui obligent la malade à garder le lit un mois ou deux, avec des températures avoisinant 38°. Le début de l'affection peut être moins aigu; chez une malade de la clinique (obs. VII) il datait en apparence de huit jours; en fait, la malade se plaignait de douleurs dans le bas-ventre depuis plusieurs mois.

Le début peut se manifester par des modifications au niveau des règles. Tantôt, celles-ci manquent complètement. C'est le cas d'une malade de 20 ans, dont l'obser-

vation est rapportée par Cousyn, absolument aménorrhéique. Chez la malade de l'observation V de la clinique, les règles deviennent irrégulières et douloureuses après son mariage et à partir de ce moment, l'affection évolue. Une malade de M. Devic présente de l'aménorrhée depuis dix mois ; c'est, il est vrai, une tuberculeuse à la dernière période et il est difficile de dire, s'il faut rapporter cette aménorrhée à ses lésions tubaires ou à son affection principale. Nous savons en outre qu'il existe des formes qui se traduisent uniquement par des métrorragies et c'est sur elles que M. Vincent a récemment attiré l'attention, dans une communication à la Société du Médecine de Lyon, intitulée : « Des Métrorragies comme signe prémonitoire de la tuberculose pulmonaire ». Ce sont là des formes que l'examen histologique des produits de curetage permet de diagnostiquer. Sont-ce là des tuberculoses génitales débutant par le fond utérin ? Sont-ce des cas dans lesquels les lésions annexielles n'étaient pas cliniquement appréciables ? Martin a complètement renoncé à l'existence de ces hémophytysies utérines admises par tous les classiques comme premier signe de tuberculose génitale (Congrès de Rome 1902) ».

Chez la plupart des malades de la clinique, nous avons eu affaire à des métrorragies tardives. Nous ne serions pas éloignés de croire avec Veit que c'est plutôt à un envahissement de l'utérus et de l'ovaire qu'il faut rapporter le symptôme métrorragie. Les lésions tubaires n'en détermineraient qu'autant qu'elles « plongeraient » et entretiendraient ainsi la congestion de l'utérus. Deux des observations de la clinique plaident en ce sens. Notre malade de l'observation VI n'a pas eu de métrorragies lors de

sa première poussée répondant à l'infection de sa trompe gauche, qui fut enlevée à la première intervention. Trois mois après, elle revint avec des pertes sanglantes, incessantes. Ce sont des pertes que rien n'arrête, ni le repos, ni les injections chaudes. A l'opération elle a surtout de l'ovarite. Telle est aussi l'histoire de notre malade de l'observation IV. On intervient pour ses douleurs. Ovaire et trompes sont enlevés tour à tour. Il lui reste son utérus. Trois mois après, elle revient pour des hémorragies abondantes.

Les indications fournies par les pertes blanches ne sont pas les moins importantes. Malheureusement on constate dans la plupart des observations une fâcheuse confusion ; les uns parlent de leucorrhée, de pertes blanches, les autres de pertes jaunes, les autres de pertes purulentes, sans attacher, à ces différentes espèces d'écoulement toute l'importance que nous croyons devoir leur attribuer. Dans ce qu'on appelle vulgairement les pertes blanches, il faut distinguer les écoulements leucorrhéiques et les écoulements purulents. Il est évident que, si nous avons affaire à une malade disant n'avoir jamais eu de pertes blanches, la distinction devient inutile. Dans le cas contraire, il est nécessaire de faire préciser à la malade « s'il s'agit de glaires empesant seulement le linge ou de pertes tachant le linge en jaune ». Comme moyens de contrôle des dires de la malade, nous avons l'examen des sécrétions, soit direct à la vulve, soit au spéculum, ou mieux par la mise en place d'un tampon de ouate.

« Les écoulements blancs ne sont pas constants, ils sont même rarement signalés dans les observations et n'ont que peu attiré l'attention. Ils sont loin cependant d'être

sans valeur. Ce qui explique peut-être la rareté apparente de ce symptôme, c'est que généralement on ne le regarde que comme un signe banal, en rapport avec la faiblesse de la malade et que rarement on recherche dans l'état local sa cause elle-même. Dans les cas où l'écoulement blanc a été signalé, on le décrit toujours comme un peu opaque, jaunâtre, doué d'une odeur désagréable, rappelant un peu l'odeur des écoulements cancéreux. Dans l'observation de Boivin, l'écoulement était vert pistache. Il en était de même dans l'observation de Pelvet et de Tyler Smith. » Voilà ce qu'écrivait Brouardel en 1865. Signalons déjà cette coexistence d'un écoulement vert pistache et d'une tuberculose utérine très nette, constatée à l'autopsie.

Daurios insiste dans sa thèse sur l'importance de la leucorrhée. Selon lui, elle a une importance énorme et c'est elle qui amène le plus souvent les malades à consulter le médecin. « En questionnant ces malades, on apprend que depuis un temps variable elles ont de la leucorrhée, alors que jamais elles n'en avaient eu auparavant, ou bien elles tiennent leurs flueurs blanches de longue date, mais depuis quelques mois elles les ont vu se modifier d'aspect et de quantité. Cet écoulement est en général très abondant, blanchâtre au début, jaunâtre un peu plus tard, mais ne s'accompagnant jamais de douleurs à la miction ».

Dans les observations 1, 3 et 4 de la Clinique, nous avons affaire à des malades qui n'ont jamais présenté de pertes blanches et qui n'en avaient point à l'entrée. Dans ces trois cas, il nous a été impossible d'apprécier l'état de la muqueuse utérine, l'utérus ayant été laissé en place, mais cette absence de pertes blanches est tout à fait en

faveur de son intégrité. Chez les trois autres malades en particulier, chez celle dont nous avons pu examiner histologiquement la muqueuse utérine, les pertes étaient purulentes, très abondantes, tachaient le linge en vert et les injections ne parvenaient pas à les modifier.

Dans l'observation 7 de la clinique, il s'agit d'une malade de 17 ans n'ayant jamais présenté de pertes blanches et dont l'ablation des annexes droites amena une guérison rapide : son utérus était probablement indemne. Dans l'observation 9, la malade âgée de 28 ans n'a jamais eu d'écoulement ; on lui enlève son utérus (fibromateux), et ses trompes ; on ne constate aucune lésion tuberculeuse de l'utérus. Dans deux observations de Braye, deux malades, ayant présenté un écoulement purulent et fétide, succombent à la tuberculose pulmonaire ; à l'autopsie, on trouve des lésions de tuberculose nettement caractérisées au niveau de l'utérus. Beuvignon cite le cas d'une malade dont l'ablation des annexes amena la guérison et qui n'avait jamais eu de pertes blanches. Il rapporte celui d'une femme morte de méningite tuberculeuse, dont la tuberculose utérine, constatée à l'autopsie, expliquait évidemment l'écoulement sanieux et jaunâtre qu'elle avait présenté durant sa vie.

M^{lle} Gorovitz publie l'observation d'une femme de 20 ans, morte de tuberculose pulmonaire, ayant eu des pertes purulentes et à l'autopsie de laquelle on trouva l'utérus atteint par la bacillose.

Delbet rapporte le cas d'une femme de 23 ans, ayant eu un écoulement purulent ; on lui enlève ses deux trompes et ses deux ovaires et on n'obtient qu'une guérison opératoire ; quelques mois plus tard, on constate au

toucher de petites tumeurs dures au-dessus du ligament de Poupert. Orthmann, Knauer rapportent l'observation de deux femmes, ne présentant pas d'écoulement, qui guérissent par une simple ablation des annexes. Faure Miller cite le cas d'une femme, atteinte de tuberculose pulmonaire, dont la tuberculose utérine constatée à l'autopsie était bien en rapport avec un écoulement fétide qu'on avait signalé pendant sa vie. Beyea rapporte l'observation d'une malade de 23 ans, ayant eu un écoulement muco-purulent; on lui pratique l'ablation des trompes et l'amputation du col; celui-ci était nettement tuberculeux. Dans deux ou trois autres observations de Penrose et Beyea, nous trouvons rapportée l'histoire de malades qui guérissent par la simple ablation des annexes: elles n'avaient pas eu de leucorrhée. Kundrat cite le cas d'une femme de 31 ans, n'ayant jamais eu d'écoulement, à laquelle on pratiqua l'hystérectomie vaginale: l'utérus n'était pas tuberculeux. Une autre femme de 36 ans, dont il rapporte l'observation, a bien présenté un écoulement, mais celui-ci n'est ni fétide, ni purulent; on lui fait l'hystérectomie vaginale et on trouve un utérus absolument indemne de tuberculose. Il nous faut donc admettre la coexistence fréquente de la tuberculose utérine et des écoulements purulents. Toutes les fois que l'utérus sera envahi par le processus tuberculeux, nous pensons qu'il se traduira par un écoulement nettement purulent. M. Adenot rapporte bien le cas d'une fille de 17 ans atteinte d'une légère leucorrhée et à l'autopsie de laquelle on trouva une vaste ulcération tuberculeuse de l'utérus. Il est difficile d'admettre qu'une tuberculose de l'utérus déjà si avancée que M. Adenot la déclare pri-

mitive, n'ait occasionné qu'un écoulement aussi peu caractéristique. Nous préférons croire que, dans cette observation d'ailleurs fort sommaire, on n'a pas analysé ce symptôme d'une façon suffisante et qu'on est tombé dans la confusion si fréquente que nous avons signalée tout-à-l'heure.

La température, dans les lésions bacillaires de la trompe, est en rapport avec le type anatomique des lésions. Dans les formes aiguës, qui débutent par des accès répétés de péritonite, on peut constater de grandes oscillations avec exacerbations vespérales, avec frissons sans retentissement apparent sur l'état général. C'est le cas de la malade de l'observation I de M. Pollosson dont la température s'élève parfois à 39°, avec exacerbations vespérales très nettes. Dans d'autres (formes chroniques), il peut exister une légère ascension fébrile, de 37,5 à 38 ; c'est ce que nous trouvons dans les observations 3, 4, 5, 6 de M. Pollosson. Les malades des observations 2 et 8 ont présenté une apyrexie absolue. La malade de l'observation 9 n'a pas eu de fièvre chez elle ; à l'entrée cependant, on constate une température de 38, 5. Ces données relatives à la température manquent de rigueur, parce qu'il est très rare qu'on assiste au début de la maladie, les malades ne venant consulter un médecin qu'après une période de quelques mois en général.

Les douleurs peuvent survenir au début de l'infection et dans beaucoup de cas, ce sont des douleurs dans le bas ventre ou dans les reins qui marquent le début de la maladie. Ces douleurs sont accrues à l'occasion des règles ; elle rendent le coït douloureux ou impossible.

Rappelons à ce sujet l'observation 8 de M. Pollosson

où il s'agit d'une femme de 35 ans, dont l'affection actuelle remontait à trois mois ; les règles, au début, étaient régulières et non douloureuses, les douleurs étaient plus abdominales que pelviennes ; le coït n'était pas non plus douloureux. Puis les douleurs augmentent et le coït devient à son tour douloureux. M. le Professeur Pollosson enseigne que les douleurs d'origine salpingienne sont toujours calmées par le repos au lit, sont moins fortes la nuit que le jour, ce qui n'existe point par exemple dans les cas de douleurs liées à des lésions d'origine intestinale. Il en serait de même dans certaines salpingites tuberculeuses avec lésions péritonéales ; les douleurs sont alors moins bien calmées par le repos et sont à ce point de vue plus quinteuses (Jamin et Violet).

Les douleurs peuvent s'exagérer, au moment de la menstruation, au point de nécessiter la castration. C'est le cas d'une malade de 19 ans, nullipare, dont les règles avaient toujours été douloureuses, dont l'observation est rapportée par Beuvignon. Delbet cite le cas d'une jeune fille de 19 ans, nullipare, atteinte de douleurs constantes depuis l'âge de 15 ans, intolérables au moment des règles, qui nécessitèrent ensuite l'opération. Dans ces deux cas, il s'agissait de tuberculose des trompes.

Ces douleurs ne cèdent pas ou cèdent difficilement au massage et à la columnisation. C'est ainsi que dans l'observation IV de M. Pollosson, une malade de 25 ans, dont le début de l'affection avait été marqué par des accidents intestinaux, a subi un premier traitement (massage et columnisation). Après quinze jours de traitement, on a l'impression que massage et columnisation, douloureux d'ailleurs, ne font absolument rien et on se décide à faire une colpotomie exploratrice.

Un signe important, qu'il est impossible à passer sous silence, c'est l'amaigrissement rapide lors des poussées, des exacerbations des lésions. Les malades entrent souvent à l'hôpital, en proie à un état cachectique tel qu'on hésite entre le diagnostic de néoplasme et de tuberculose ; remarquons en passant qu'il est assez fréquent de voir les deux affections coïncider chez la même malade.

Ce qu'il y a de très remarquable aussi, d'après M. Violet, « c'est combien dans l'intervalle des poussées, les lésions peuvent rester silencieuses, au moins sans tendance à l'extension ». Dans un cas de Werth (Verhandl, der Deutschen Gesellschaft Leipzig 1890), les lésions étaient restées les mêmes pendant 2 ans et demi. A quel moment, sous quelle influence, va se réveiller cette lésion chronique éteinte ou couvant sous la cendre des adhérences ? Dans un cas de Martin, c'est très nettement sous l'influence du mariage ou des premiers rapports. Pendant les quatre années qui suivirent l'établissement des règles, la malade vit ses pertes menstruelles augmenter d'abondance, sans écoulement intermenstruel. •

Après un silence de six mois, la jeune personne se maria avec un homme sain. Aussitôt les hémorragies repa-rurent, un curetage ne montra qu'une muqueuse très enflammée : le résultat ne fut pas de longue durée. On pratiqua l'extirpation de deux trombes tuberculeuses dont le péritoine ne paraissait que peu atteint. Il en résulta seulement une guérison passagère. Des hémorragies abondantes survinrent, une fistule abdominale se développa. Après plusieurs recherches, Orkmann finit par découvrir des bacilles tuberculeux dans la muqueuse utérine. Après avoir plusieurs fois tenté de détruire la muqueuse utérine

par des injections au perchlorure de fer, Martin se décide à enlever par une laparotomie l'utérus et la fistule. La guérison absolue s'en suivit au moins pour un an et demi, époque à laquelle la malade a été perdue de vue. Cette observation nous paraît très intéressante; nous voyons, une fois de plus, que les hémorragies abondantes accompagnent la tuberculose utérine; elle n'en est pas moins instructive, au point de vue traitement.

La stérilité est très fréquente à la suite des lésions tuberculeuses de la trompe. Elle n'est toutefois pas fatale et nous avons trouvé dans nos observations un assez grand nombre de femmes ayant eu 2, 3 et jusqu'à 8 enfants. Il arrive souvent que la stérilité n'est pas primitive, mais tardive. Nous possédons plusieurs cas de femmes ayant eu un enfant ou deux enfants et qui demeurent ensuite, bien que très jeunes, absolument stériles. La stérilité n'est donc pas fatale, soit que les lésions puissent être unilatérales, soit qu'elles puissent guérir sans oblitération du pavillon; nous avons vu, en effet, que dans les salpingites de petit volume, il n'était pas rare de trouver le pavillon ouvert. Martin rapporte de nombreuses observations dans lesquelles la tuberculose génitale n'a mis aucun obstacle à la conception et à l'évolution d'une grossesse. Il est inutile de rappeler le rôle néfaste que peuvent avoir l'une ou l'autre sur le développement des lésions. La stérilité des tuberculeuses peut survenir aussi plus tard, lorsque leurs ovaires se trouvent en dégénérescence amyloïde qui correspond à celle des autres organes parenchymateux de l'abdomen (foie, rate, reins) et c'est ainsi qu'on peut expliquer les cas de stérilité plus ou moins tardive.

Certains auteurs ont signalé la salpingite tuberculeuse

dans l'étiologie de la grossesse extra-utérine (Warthin, Stober). Le pavillon restant souvent ouvert, il est possible, selon M. Violet, qu'une coudure permette le passage du spermatozoïde et soit assez étroite cependant pour arrêter l'ovule une fois fécondé.

A l'examen, comme les lésions tuberculeuses sont essentiellement polymorphes, elles peuvent être difficiles à dépister et ne présenter rien de caractéristique.

Pendant les périodes d'accalmie, on constate que l'une des fosses iliaques, ou même les deux, sont sensibles à une pression profonde. Certains auteurs ont signalé comme pathognomonique les formes en chapelet, en torpille (Werth) que prendraient les trompes atteintes de tuberculose. L'existence d'une série de noyaux ovales serait, d'après Hegar, très appréciable au palper et au toucher combinés.

Hegar et son élève Alterthum ont également signalé des nodosités intra-pariétales dans les trompes au voisinage de leur insertion utérine. Loin d'être caractéristiques de la tuberculose, elles se rencontreraient le plus souvent dans les salpingites blennorragiques (Chiari et Schauta). Un deuxième signe, plus important, mais inconstant, c'est l'infiltration des ligaments larges, la paramétrite concomitante. Dans une observation de la clinique de M. Pollosson où il s'agit d'une tuberculose du col simulant le cancer, avec envahissement du fond utérus et des trompes, le ligament large était envahi à un tel point qu'il rendait probable un diagnostic de cancer du col.

Nous trouvons cette infiltration nettement signalée dans une observation de Spœth et dans une observation d'Elliot. A quoi est dûe cette paramétrite ? Hegar l'attribue

aux nombreuses adhérences intestinales qui viennent se faire au niveau du paramètre. MM. Jamin et Violet font jouer un rôle à l'envahissement des lymphatiques, au moins en ce qui concerne la tuberculose du col. Cette paramétrite, quand elle existe, constitue un signe assez important de diagnostic différentiel avec la blennorragie.

« Qu'à cela s'ajoutent, dit M. Violet, des adhérences intestinales nombreuses au fond utérin, à sa face postérieure, de la péritonite plastique de voisinage et l'on a ces cas de lésion chronique où cliniquement le fond d'un utérus, cependant, en bonne position, n'est plus délimitable par le toucher et le palper combinés, est masqué par les adhérences péritonéales. Il faut alors songer à la tuberculose. Tout cela contribue à donner cette fixité particulière de l'utérus. Celui-ci est encerclé par des masses annexielles et péritonéales comblant le Douglas. Cliniquement, c'est la coulée de ciment de l'abcès pelvien de Pozzi; l'utérus est maçonné dans ces adhérences. Les pelvi-péritonites blennorragiques ne réalisent en rien ce tableau; seules, les pelvi-péritonites puerpérales, avec infiltration concomitante des ligaments larges, le réalisent parfaitement. »

Le toucher vaginal combiné au palper permet habituellement de constater la présence dans un des culs de sac vaginaux d'une tuméfaction, tantôt dure et bosselée, tantôt rénitente ou même fluctuante; c'est le plus souvent dans le cul de sac postérieur qu'on la rencontre; elle peut empiéter sur les culs de sacs latéraux. Cette palpation est presque toujours douloureuse.

L'examen au speculum permet parfois de constater que la pression de la région ovarienne du côté malade fait sourdre du pus par l'orifice du col. M. Routier attache une

certaine importance diagnostique à ce signe. Cet écoulement augmenterait par la pression de la région ovarienne. Il serait intermittent, pouvant coïncider avec de véritables crises de coliques salpingiennes et s'arrêter lorsque ces coliques sont passées. On aurait pu trouver dans ce pus des cellules géantes et le microbe spécifique de la bacilliose.

Jamais non plus on ne devra oublier le toucher rectal. D'une utilité primordiale, lorsque la tumeur occupe le cul de sac de Douglas, il s'impose chaque fois que l'on a affaire à une vierge et que le toucher vaginal se trouve ainsi interdit (Brouardel). On pourra par le toucher rectal explorer la face postérieure de l'utérus et du côté des annexes remonter plus haut que par le toucher vaginal. On constatera d'un côté du petit bassin ou des deux l'existence d'une tumeur dure, marronnée, rarement fluctuante, même lorsqu'elle contient du pus (Siredey). Le toucher rectal peut révéler des nodosités sur les ligaments utéro sacrés et dans le Douglas. C'est ainsi que dans une observation de Kundrat, on perçoit un petit noyau sur le ligament utéro sacré gauche. Hegar avait parfaitement attiré l'attention sur la valeur de ce signe et Wieland, dans sa thèse de Fribourg 1894, a rapporté des observations dans lesquelles le diagnostic fut fait sur ce seul signe.

Mais à côté de cette forme clinique, il existe des formes franchement suppurées, l'une à évolution aiguë, fébrile, rappelant les collections appendiculaires et dont l'observation I de M. Pollosson est un bel exemple ; l'autre à allure refroidie, c'est l'abcès froid de la trompe, le pyosalpinx tuberculeux. L'allure de la lésion peut être torpide au point de laisser faire un diagnostic de kyste de l'ovaire. Ces pyosalpinx peuvent acquérir un volume considérable. Il est très

rare de voir des pyosalpinx blennorragiques atteindre de pareilles dimensions. Cet abcès tuberculeux de la trompe, cette endosalpingite détermine beaucoup moins de réaction circonvoisine que les lésions blennorragiques, alors que la forme fibro-caséeuse, la périsalpingite en détermine bien davantage.

Avant de terminer ce chapitre de symptomatologie, nous voulons insister sur une forme particulière de salpingite tuberculeuse. « Beaucoup de cas légers ont été mis dans la très grande classe des affections appelées du nom non scientifique de « troubles inflammatoires pelviens » grâce à la découverte de « la tuberculose latente de la trompe de Fallope » (Penrose et Beyea) sur laquelle Williams de l'hôpital John Hapkins attire l'attention ».

Le terme de tuberculose latente est appliqué à ces cas de tuberculose de la trompe de Fallope, dans lesquels il n'y a rien comme symptômes objectifs et comme aspect macroscopique de la trompe, de l'ovaire ou du péritoine, pour indiquer le caractère de l'affection. Les trompes et les ovaires présentent les mêmes apparences grossières que nous voyons dans les salpingites chroniques avec adhérences et il faut un examen microscopique et bactériologique pour en déterminer la nature tuberculeuse.

Nous publierons cinq observations de Penrose et Beyea qui répondent à cette forme de tuberculose latente. Au cours de l'hiver 1894, ces auteurs ont fait l'examen soigneux de toutes les trompes de Fallope qu'ils ont enlevées pour n'importe quelle salpingite. Le nombre total des cas dans lesquels la laparotomie fut faite pour salpingites est de 35. Dans deux des cas que nous rapporterons, le caractère tuberculeux de la lésion était manifeste aussitôt

après l'ouverture de l'abdomen, par la présence de tubercules sur le péritoine, les trompes, l'utérus, l'intestin. Dans trois autres cas, la nature réelle de la lésion ne fut pas soupçonnée jusqu'à l'examen histologique des trompes et la découverte de lésions tuberculeuses caractéristiques avec bacilles. Ces trois cas cependant appartiennent à la classe de tuberculose latente.

Si nous étudions ces cinq observations de Penrose et de Beyea, les cas 1, 2 et 4 semblent appartenir, selon ces auteurs, à la classe des tuberculoses primitives de la trompe, puisqu'on ne peut trouver d'autre lésion tuberculeuse ailleurs, aucune histoire de tuberculose antérieure. Il est inutile de rappeler que nous n'admettons pas la tuberculose primitive de la trompe, puisque le contrôle nécropsique nous manque. Dans le cas 3, la tuberculose est probablement secondaire à une vieille tuberculose de la hanche. Dans le cas 5, nous avons une histoire de pleurésie et un examen légèrement positif du thorax. Rien dans les symptômes de ces malades n'indiquait de la tuberculose de la trompe ou du péritoine, rien à l'examen bimanuel ne permettait de faire d'autre diagnostic que celui de trompes et ovaire adhérents.

Ces cinq cas rapportés par Penrose et Beyea ont été trouvés dans une série de 35 laparotomies pour troubles inflammatoires pelviens. Cependant, d'après ces auteurs, 20 % de tels cas sont tuberculeux de caractère et 12 % appartiennent à la classe des cas appelés « tuberculose latente de la trompe de Fallope. Au point de vue pathogénique, Penrose et Beyea divisent ces cas en : 1° tuberculose chronique, diffuse, primitive (cas 1); 2° tuberculose chronique fibreuse avec calcification (cas 2); 3° tubercu-

lose péritonéale secondaire avec lésion tubaire primitive (cas 4 et 5); 4° salpingite tuberculeuse chronique fibreuse avec calcification (cas 3). La caractéristique du premier groupe est que la muqueuse est partiellement remplacée par d'innombrables tubercules miliaires entourés d'une infiltration de petites cellules et que l'on voit fréquemment de grandes zones de caséification. La caséification devient plus marquée à mesure qu'on approche de la lumière et des deux tiers externes de la trompe. La musculature peut être plus ou moins infiltrée. Cette forme représenterait le pyosalpinx tuberculeux.

La deuxième forme diffère de la première en ce que l'on voit du tissu fibreux abondant en dedans et autour des tubercules et que l'infiltration par de petites cellules rondes est très peu marquée et uniformément distribuée de toute part dans le tissu tuberculeux. Aussi la caséification est-elle plus abondante ou absente, la calcification très fréquente.

Les caractéristiques de la deuxième forme sont apparentes et bien connues. La quatrième ne diffère pas sensiblement de la deuxième. Penrose et Beyea signalent la tuberculose du parovarium comme assez fréquente; elle existe quatre fois dans leurs cinq cas. D'après eux, l'ordre de fréquence de la tuberculose génitale chez la femme serait le suivant : trompe, parovarium, utérus, ovaire.

DIAGNOSTIC

Lebert en 1872 concluait : « Il n'est point de signes certains permettant de reconnaître la phthisie génitale, même lorsque celle-ci est primitive. »

Seuvre disait en 1874 : « Quant à distinguer les diverses formes de salpingites entre elles ou encore l'inflammation de la trompe devenue kystique, d'un kyste de l'ovaire ou du ligament large, d'un kyste hydatique rétro-utérin ou d'un cancer de l'ovaire au début, ce sera dans des cas bien rares que l'on pourra résoudre de tels problèmes et nous ne voulons pas nous engager dans des subtilités diagnostiques. »

Plus près de nous, Tait est du même avis : « Nous pouvons laisser de côté toutes ces affections (cancer et tuberculose des trompes), en disant que leur diagnostic est impossible et qu'il serait de peu d'importance s'il pouvait être fait. »

Pour Polaillon, dans l'état actuel (1889), le diagnostic est impossible.

Pourtant ce diagnostic a été fait et vérifié. En 1860, M. Boucher de la Ville-Jossy diagnostiquait franchement une

ovarite tuberculeuse. Dans quatre cas de Terrillon, on pense à la tuberculose, on la soupçonne.

Nous ne ferons pas ici le diagnostic de la salpingite en général ; la question que nous chercherons d'abord à résoudre est celle-ci : le diagnostic de salpingite étant posé, sur quoi peut-on se baser pour dire si cette salpingite est tuberculeuse ? M. Terrillon est revenu, à plusieurs reprises, sur ces signes différentiels. Un signe important serait la dureté de la tumeur et ses bosselures. Cette particularité, acceptée par Hegar, comme signe pathognomique, est notée dans presque toutes les observations anciennes. Pourtant, d'après Pozzi, elle s'observerait dans nombre de pyosalpinx non tuberculeux.

L'unilatéralité des lésions devrait faire songer à la tuberculose. Mais d'abord bien des salpingites banales ont été cliniquement unilatérales. Si nous en croyons les statistiques, si nous consultons celle que nous avons établie, la salpingite tuberculeuse est de toutes la plus fréquemment bilatérale.

L'état général serait plus atteint. Ce signe a peut-être plus de valeur, mais encore faut-il faire dans la cachexie la part de la lésion pulmonaire et ne pas oublier que la fièvre vespérale est fréquente, lorsqu'il y a dans l'économie un foyer purulent quelconque.

Ce qui, à notre avis, a une importance bien plus grande, c'est l'absence de toute autre cause de salpingite. C'est aux annexites consécutives à la blennorragie et à la puerpéralité que ressemble le plus la forme que nous envisageons actuellement. D'après MM. Jamin et Violet, c'est avec ces deux grandes catégories de lésions génitales que la tuberculose se trouve le plus souvent confondue. Lors-

que chez une femme qu'on a lieu de supposer de bonne foi, on ne trouve aucun commémoratif de grossesse ou de blennorrhagie, lorsque surtout on a affaire à une vierge, la nature tuberculeuse d'une lésion tubaire devient très probable. Cependant, il ne faut pas admettre théoriquement que toute lésion salpingienne, survenue chez une vierge, devrait être tenue pour tuberculeuse ; car il existe un certain nombre de cas d'annexites d'origine intestinale. « Moins fréquentes que ne l'indiquent les cas où l'on trouve le bactérium coli, vu que ce micro-organisme peut n'infecter que secondairement une annexite préexistante, elles existent et Barnsby, dans sa thèse, a parfaitement mis au point ces rapports des lésions appendiculaires et salpingiennes. » (Jamin et Violet).

Trouve-t-on dans l'ensemble des symptômes que nous avons décrits, c'est-à-dire métrorragies, pas de pertes purulentes, début avec légère réaction péritonéale, sans grande élévation de température ? L'examen révèle-t-il une annexite uni ou bilatérale survenue chez une vierge, le diagnostic s'impose ?

Toute tuberculose antérieure ou concomitante devra faire soupçonner une salpingite de même nature, mais il ne faudra pas oublier que la tuberculose ne vaccine pas contre le gonocoque.

A un âge avancé, le diagnostic avec les lésions néoplasiques peut présenter des difficultés. On sait combien sont fréquentes les observations de tuberculose du col simulant le cancer ; comme cette tuberculose du col s'accompagne fréquemment de lésions de même nature au niveau des annexes, le diagnostic de la lésion tubaire se trouve lui aussi erroné. « Les antécédents tuberculeux

de la malade, écrivent MM. Jamin et Violet, l'examen positif des autres organes, l'existence d'une phase aiguë à un moment donné, un léger mouvement fébrile feront incliner plutôt vers la tuberculose. La présence de ganglions dans les aines, les douleurs, la constatation de masses solides flottantes, sont en faveur du néoplasme. Le toucher vaginal et rectal pourra, dans l'un et l'autre cas, donner d'excellents renseignements. Dans les deux cas, on pourra sentir dans le Douglas des nodosités péritonéales; mais dans la tuberculose, ces nodosités sont petites et multiples et aussi plus superficiellement dures. Dans le néoplasme, ces nodosités sont isolées, plus volumineuses, dues surtout à la pression entre deux doigts. »

Nous avons relevé dans cinq observations de la Clinique de M. Pollosson une absence complète de pertes purulentes. Nous avons dit que les pertes purulentes sont le plus souvent liées à l'envahissement de l'utérus. Meyer signale l'intégrité de l'utérus dans 15 cas sur 57. Si notre signe se trouvait confirmé, nous aurions pu diagnostiquer une annexite tuberculeuse, de par le fait de l'absence des pertes purulentes. « La blennorrhagie, en effet, est une infection qui se fait par voie muqueuse, ascendante. Dans les annexites gonococciques, les pertes purulentes existent toujours ou ont existé à un moment donné. La tuberculose, au contraire, est surtout une affection descendante et péri-salpingienne. Même les grandes classes des pyosalpinx blennorrhagiques fermés ont toujours laissé suffisamment de métrite concomitante pour donner des pertes purulentes. La valeur de ce signe est d'ailleurs suffisamment connue dans le diag-

nostic entre les lésions tubaires et celles de l'ovaire. L'on sait combien il est difficile de dire, d'après le toucher et le palper combinés seuls, si une masse latéro-utérine est ovarienne ou tubaire, et dans bien des cas seule l'anamnèse orientée dans ce sens peut vous faire faire un diagnostic. » (Jamin et Violet).

Le diagnostic d'avec un kyste de l'ovaire n'est pas toujours facile et dans nombre de cas l'erreur a été commise. Nous avons discuté ce diagnostic dans le cours des observations de M. Pollosson. Les deux affections peuvent du reste coexister; c'est le cas d'une malade de Doleris, dont l'observation est rapportée par Consyn, âgée de 20 ans, complètement aménorrhéique. Dans deux observations de Beuvignon, on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire. Dans une autre observation de Beuvignon, on fait le diagnostic, chez une femme de 55 ans, de kyste de l'ovaire compliqué d'affection organique du petit bassin, alors qu'il s'agissait de trompes tuberculeuses et d'un utérus fibromateux. Orthmann fait le diagnostic de kyste de l'ovaire bilatéral chez une femme de 24 ans, alors qu'il s'agit d'une salpingite suppurée bilatérale. Le diagnostic est donc parfois très difficile. D'une façon générale, nous pouvons dire, avec M. le Professeur Pollosson, qu'un kyste de l'ovaire est plus gros, que ses parois sont plus minces et qu'il semble plus tendu que dans le cas d'une salpingite bacillaire. La température n'est pas un moyen infailible de diagnostic, car elle ne manquera jamais dans les cas de kystes de l'ovaire infectés.

Enfin, dans tout cas suspect, on fera, s'il y a lieu, l'examen bactériologique et l'inoculation des sécrétions utérines. La découverte du bacille ou la production de tuber-

cules chez le cobaye, permettra d'affirmer la tuberculose. Malheureusement, si la présence du bacille de Koch dans l'écoulement est évidemment pathognomonique, il s'agit alors d'une tuberculose trop ancienne, puisque l'utérus n'est habituellement pris qu'après les trompes. La maladie est alors trop étendue, pour que l'ablation seule des annexes puisse donner un résultat heureux et durable.

Riche conclut de la façon suivante: « Dans certains cas, le diagnostic pourra être posé ferme; dans d'autres, il sera très probable; les probabilités peuvent aller en diminuant jusqu'à rendre ce diagnostic impossible.

1° Chez toute femme de salpingite dont les sécrétions utérines donnent des inoculations positives ou laissent voir le bacille, le diagnostic sera certain.

2° Il sera très probable, si nous rencontrons une salpingite chez une vierge ou chez une femme n'ayant eu ni grossesse, ni blennorragie, mais présentant ou ayant présenté des manifestations tuberculeuses.

3° Si chez une femme tuberculeuse ayant eu une grossesse ou une blennorragie, nous constatons une salpingite dure et bosselée, nous serons en droit de soupçonner la tuberculose des trompes.

4° Enfin, une femme, non tuberculeuse pulmonaire, ayant dans ses antécédents une grossesse ou une blennorragie, pourra avoir une salpingite bacillaire, sans que rien ne nous autorise à supposer cette nature à l'affection. »

TRAITEMENT

Aran concluait à l'abstention systématique dans les affections utérines des tuberculeuses, en vertu de sa théorie du balancement. Pourtant ses contemporains n'imitaient pas sa pratique, et Becquerel était d'un avis contraire.

La tuberculose génitale peut guérir spontanément. Les anciennes lésions tuberculeuses des trompes qu'on rencontre sur des femmes mortes d'une autre affection, et chez qui tout processus inflammatoire a depuis longtemps disparu, suffiraient à en faire la preuve.

Dans les affections génitales de la femme, le traitement médical, longtemps seul employé, soulageait souvent, mais ne guérissait jamais. Beaucoup de ces invalides ont été rendues à la vie active par le traitement chirurgical. Mais, quand il s'agit de tuberculose, le premier doit toujours accompagner et continuer le second, seulement ce n'est plus le traitement médical de la salpingite, c'est celui de la tuberculose. Outre le repos le plus complet qui formerait la base du traitement local, les vésications, les révulsifs sur la paroi abdominale trouveront ici leur indication.

Nous ne voulons pas insister sur le traitement général qui est celui de toutes les tuberculoses. La suralimentation

sous toutes ses formes. l'emploi de l'huile de foie de morue, de la lécithine et des médicaments qui semblent exercer une action nocive au développement du bacille tuberculeux, créosote, gaïacol, enfin et surtout le séjour à la campagne, de préférence dans les pays d'altitude, formeront la base du traitement.

Nous ne reprendrons pas ici la discussion sur l'opportunité de l'intervention opératoire chez les tuberculeux. Dans les cas de foyer isolé, l'accord est fait depuis longtemps. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les paroles de Trélat à la Société de Chirurgie (1883):

« Lorsque chez un tuberculeux, l'une des localisations aggrave l'état général, il faut, si c'est possible, supprimer cette localisation par une opération radicale. Si, au contraire, ce sont les lésions viscérales qui dominent la scène, il faut s'abstenir de toute opération; la répartition de ces influences est toujours délicate, souvent difficile, parfois trompeuse. »

S'agit-il de l'utérus? Sippel, Bulius, Selheim, Walther se contentent d'un curettage et du traitement de la cavité utérine par les préparations iodoformées. Tous ces auteurs ont obtenu de bons résultats au point de vue vital. Ces résultats sont-ils aussi bons, au point de vue fonctionnel et au point de vue des grossesses ultérieures?

En revanche, Dœderlein, Pozzi, Schaula et Fehling sont partisans de l'intervention radicale d'emblée. On ne peut jamais affirmer, même après un examen clinique approfondi, que les trompes sont absolument indemnes au moment de pratiquer le curettage d'un utérus tuberculeux. Or, on sait l'influence désastreuse que les manœuvres opératoires, et surtout l'abaissement de l'utérus, peuvent

avoir sur des trompes atteintes de salpingites banales. Pourrait-il en être autrement avec des trompes tuberculeuses? Mais le plus grave reproche qu'on ait fait au curettage employé dans le cas qui nous occupe, c'est de favoriser la généralisation de la tuberculose, en créant à l'infection de multiples portes d'entrée, sur une surface aussi riche en lymphatiques et en vaisseaux sanguins que l'endomètre.

Au point de vue de la tuberculose annexielle, deux cas peuvent se présenter; les lésions sont unilatérales ou bilatérales.

La conduite à tenir dans le premier cas est simple. Cousyn recommande le procédé suivant : « le fond de l'utérus étant reconnu, on le saisit avec une pince de Museux et on l'élève, puis on aborde la corne utérine malade, on sectionne le pédicule et on rejette les annexes en haut et en dehors; on les décolle petit à petit par dessous en les renversant vers le haut, car il faut se souvenir que c'est presque toujours en haut et en dehors que s'établissent de solides adhérences avec les anses intestinales. Les annexes étant enlevées, les vaisseaux qui saignent liés, on ferme le péritoine par un surjet au catgut. »

Pour les lésions bilatérales, les uns se contentent de l'exérèse des organes apparemment malades, font la salpingectomie, d'autres préconisent la castration totale d'emblée. Pour Faure, tout foyer de tuberculose développé dans les annexes doit être extirpé largement. Voilà, pour lui, le principe de toute thérapeutique efficace. Si les lésions annexielles sont graves ou bilatérales, il conseille de sacrifier l'utérus inutile, infécond, peut être malade. « Il ne sert qu'à entretenir indéfiniment les phé-

nomènes douloureux d'une inguérissable métrite. Il est d'ailleurs presque toujours le siège de quelque métrite banale, il est inutile, il peut être dangereux; il doit donc être sacrifié en même temps que les annexes.

Si nous nous basons sur la fréquence des lésions de l'utérus dans la salpingite tuberculeuse, cette conduite paraît tout à fait logique. C'est à ce point de vue que nous avons cité tout au long une observation de Martin, dans laquelle la malade attendit six mois une seconde opération, l'ablation, de son utérus. Des métrorragies ultérieurement survenues peuvent exiger un sacrifice analogue; c'est le cas de l'observation IV de la clinique de M. Polosson.

En revanche, dans deux autres observations de la clinique, dans quantité d'autres observations de Beuvignon, de M^{lle} Gorovitz, de Cousyn, dans celles si intéressantes de Penrose et Beyea, observations ayant trait à des salpingites bilatérales, l'utérus a été respecté sans entraver en rien la guérison de ces malades. Mais comment établir si l'utérus est indemne ou s'il participe au processus tuberculeux? Nous croyons avoir démontré que l'absence de pertes purulentes était un excellent signe d'intégrité de l'utérus. La présence de pertes purulentes abondantes exigera le sacrifice concomitant de l'organe.

Faut-il intervenir par la voie vaginale ou par la voie abdominale?

Faure conseille la voie haute, « qui est la seule qui permette de faire un diagnostic précis et de faire des opérations partielles, si les annexes d'un côté de l'utérus sont assez sains pour être conservés. C'est aussi la seule qui permette, lorsque tout est malade, de faire des opérations étendues absolument complètes et de nettoyer le bassin de tous les

foyers malades qu'il contient, aussi parfaitement qu'on peut le désirer. »

L'hystérectomie vaginale, au contraire, respecte les adhérences et se borne à établir un large drainage de toutes les collections purulentes. drainage qui pourrait suffire, là comme ailleurs, à guérir toute suppuration franche. Mais quand il s'agit de suppuration tuberculeuse, le drainage le plus large est souvent impuissant à amener la guérison; la cicatrisation ne se fait pas. « Dans tous ces cas, en effet, écrit Riche, le pus n'est presque rien, la paroi est tout; cette paroi ne constitue plus une barrière contre l'ennemi, c'est son avant garde, »

La laparatomie donne encore deux autres avantages; elle permet le lavage du péritoine, dans le cas de rupture de la poche et cette rupture n'est pas rare. Elle modifie avantageusement la péritonite tuberculeuse qui peut accompagner la salpingite.

Cependant, nous pouvons admettre avec Faure, que les collections chaudes ou réchauffées, les poussées aiguës peuvent être traitées par le vagin, tandis que la voie haute est de beaucoup préférable pour les collections froides où il importe d'enlever la poche avec son contenu.

Du reste en pratique, disent MM. Jamin et Violet, « la tuberculose utéro-annexielle, avec lésions salpingiennes prédominantes, ne présente pas d'autre indication thérapeutique que celle des annexites d'autre nature. Bien souvent encore, ce sera en croyant traiter des salpingo-ovarites ordinaires qu'on tombera sur des lésions tuberculeuses. »

TABLEAUX

ET

OBSERVATIONS

AUTEURS	Etat de l'utérus	AGE	RÈGLES	MARIÉE	ENFANTS	ÉCOULEMENT	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
1 CLINIQUE.....		18	11	...	vierge...	pas de pertes blanches	ablat. annexes	guérison
2 CLINIQUE.....		23	15	0	0	?	id.	id.
3 CLINIQUE.....		42	15	1	0	pas de pertes purulentes	id.	id.
4 CLINIQUE.....	0	25	14	0	0	pertes blanches tantôt épaisses tantôt claires	hystérectomie vag.	id.
5 CLINIQUE.....	+	34	13	1	0	pertes vertes	hystérectomie	id.
6 CLINIQUE.....		25	?	1	2 enf. morts	?	castration totale	id.
7 CLINIQUE.....		17	13	0	0	jamais	ablat. ann. dr.	accident : fistule intestinale
8 CLINIQUE.....		25	14	1	0	0	ablat. ann. g.	guérison
9 CLINIQUE.....	0	28	15	1	0	jamais	ablat. utér. et ann.	id.
10 DEVIC	0	41	?	1	4 enf. dont 2 morts	?	mort de tuberculose pulmonaire (cancer du col)	
11 DEVIC	0	18	12	0	0	?	mort de tuberculose pulmonaire	
12 DEVIC	0	39	16	1	6 enf. (4 morts de convuls.)	?	id. en	

13 DEVIC	0	34	11	1	0	?	id em
14 BRET	0	34	?	1	1 enf. mort à 3 jours	?	id em
15 DOLERS..... (in Cousyn).		20	jamais	...	vierge...	pertes blanches	guérison
16 DOLERS..... (in Cousyn).		22	?	1	enceinte pour la 1 ^{re} fois	verdâtre	guérison opératoire
17 DOLERS..... (in Cousyn).		27	17	1	0	non	guérison
18 BRAYE.....	+	13			vierge....	purulent	mort de septi- cémie ou de tuberculose pulmonaire
19 BRAYE.....	+	25	?	1	1 enfant 1 fausse couc.	félide	id em
20 BRAYE.....	+	24	13	1	1 fausse couc.	pertes blanches	id em
21 BRAYE.....	+	56	?	1	5 morts-nés, 1 mort, 1 viv.	flueurs blanches	id em
22 HEGAR..... (in Beuignon).		27	17	1	0	?	guérison
23 BEUIGNON		40	12	0	0	?	id.
24 HOMANS..... (in Beuignon).		17	?	0	0	non	id.
25 WILSON..... (in Beuignon).		19	15	0	0	?	id.
26 TERRILLON..... (in Beuignon).		35	?	1	1	?	id.

AUTEURS	Etat de l'utérus	AGE	RÈGLES	MARIÉE	ENFANTS	ÉCOULEMENT	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
27 TERRILLON..... (in Beuvignon).		31	?	1	0	?	ablat. ann. dr. et ovaire g.	id.
28 TERRILLON..... (in Beuvignon).		24	16	1	0	perles blanches	ablat. tr. dr.	amélioration
29 BEUVIGNON.....	0	21	?	?	0	?	mort de tubercu- lose pulmonaire	
30 BEUVIGNON. ...	0	55	?	?	?	?		
31 BEUVIGNON.....	+	?	?	?	?	sauveux, jaunât.	mort de méningite tuberculeuse	
32 HEYDENREICH .. (in Beuvignon).		39	?	1	2	jamais	extirp. d'un pyo- salpinx.	guérison
33 PILLET et GUTON (in Beuvignon).		26	18	1	0	leucorrhée très abond.	ablat. ann. g.	id.
34 BEUVIGNON	+	26	18	1	2	mucosités abondantes	mort de péritonite	
35 BEUVIGNON	0	29	14	1	1	?	mort de tubercu- lose pulmonaire	
36 GOROVITZ	+	20	?	1	1 fausse couc.	perles jaunes	id em	
37 BOUILLY..... (in Gorovitz).		18	12	0	0	?	ablat. annexes	guérison
38 BOUILLY..... (in Gorovitz).		48	?	1	0	fétides	id.	id.
39 BOUILLY..... (in Gorovitz).		22	16	0	0	?	id.	id.

40 BOULLY..... (in Gorvitz).	14 1/2	0	...Vierge...	?	id.	id.
41 BOULLY..... (in Gorvitz).	21	16	1 1 enfant 1 fausse conc.	p. vertes	hystérectom. vag.	id.
42 BOULLY..... (in Gorvitz).	27	17	1 1 enfant mort	p. blanches	ablat. annexes	id.
43 BOULLY..... (in Gorvitz).	20	14	1 0	?	id.	id.
44 BOULLY..... (in Gorvitz).	26	14	1 3	?	id.	id.
45 SIPPET..... (in Gorvitz).	20	17	...Vierge...	?	id.	id.
46 SUREDEY..... (in Brouardel).	36	20	1 8	p. blanches	mort de tuberculose pulmonaire	
47 DUDEFOY.....	?	?	1 8	?	mort de méningite tuberculeuse	
48 HORTELOI P.....	26	?	1 0	?	ablat. des trompes	guérison
49 WILSON..... (in Delbet).	23	17	?	purulent	abl. des 2 trompes et des 2 ovaires	guérison opératoire
50 DELBET.....	19	15	0 0	?	abl. des trompes	guérison
51 STEMMANN..... (in Delbet).	21	17	1 1	0	ablat. trompe et ovaire gauches	id.
52 KNAUER..... (Centralblat 1900)	18	16	0 0	non	ablat. annexes	id.
53 LOVRICH..... (Centralblat 1900)	17	?	1 8	?	ablat. utérus et annexes	amélioration ?
54 MARCHESSE..... (Centralblat 1900).	19	14	1 0	oui	ablat. annexes	mort de septicémie

AUTEURS	Etat de l'utérus	AGE	RÈGLES	MARIÉE	ENFANTS	ÉCOULEMENT	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
55 ORTMANN, (Centralblatt 1900).	0	24	?	1	0	non	abl. des 2 trompes	guérison
56 FAURE-MILLER, .. (Centralblatt 1890).	+	29	13	1	0	félide	mort de tuberculose pulmonaire	
57 KRAUSS (Centralblatt 1902)		30	?	0	0	?	appendice et annexes enlevés	guérison
58 SEELIGMAN,..... (Centralblatt 1898)		40	?	1	2	?	abl. des trompes et des ovaires	id.
59 SPÖTH,.....	+	26	13	1	1 enf. mort à 6 mois	?	abl. des trompes	mort de septicémie
60 SPÖTH,.....	+	39	19	1	7	?	mal. att. de la béculeuse du col	
61 KELLY,.....		42	?	1	8	?	abl. des trompes et des ovaires	guérison
62 BEYEA,	+	23	?	1	0	mucro purulent	abl. des trompes et amputat. du col (tuberc. du col)	id.
63 PENROSE & BEYEA		36	12	0	0	légère leucorrhée	abl. annexes	id.
64 PENROSE & BEYEA		33	17	1	0	?	id.	id.
65 PENROSE & BEYEA		30	16	1	0	pas de leucorrhée	id.	id.

66 PENROSE & BEYEA		40	13	1	0	pas de leu- corrhée	ablation épiploon laparotomie	id.
67 PENROSE & BEYEA	+	30	16	1	0	simple leu- corrhée	ablat. annexes et utérus	id.
68 ELLIOT.....		25	13	0	0	?	ablat. trompes	id.
69 ELLIOT.....		20	?	0	0	?	mort de ménin- gite tuberculeuse	
70 VON FRANQUÉ..		34	?	1	4	?	ablat. trompes	guérison
71 VON FRANQUÉ..		24	?	1	0	?	ablat. de 2 pyo- salpinx	id.
72 KUNDRAT	0	22	12	0	0	?	hystérect. vag.	id.
73 KUNDRAT.....	+	43	16	1	9	?	id.	id.
74 KUNDRAT.....	0	31	?	1	4 acc. norm. 2 avort.	jamais	id.	id.
75 KUNDRAT.....	0	36	17	1	8 acc. norm. 2 avort.	oui	id.	mort
76 ADENOT.....	+	17	15 1/2	0	0	légère leu- corrhée	mort de tubercu- lose pulmonaire	

OBSERVATION I.

(Clinique de M. le Professeur Pollosson)

Publiée par MM. Jamin et Violet.

Br. J..., 18 ans. Entrée le 21 Février 1904, sortie le 9 juin 1904.

Diagnostic : Collection purulente dans le Douglas, d'origine appendiculaire probable.

Intervention le 24 février 1904 : Ponction de l'abcès au trocart. Débridement large. Eponge.

Deuxième intervention le 30 avril 1904 : Ablation de la trompe droite par voie vaginale.

Antécédents héréditaires et personnels nuls au point de vue de la tuberculose. Réglée à 11 ans, régulièrement depuis, jusqu'à 13 ans. A 15 ans, période de 6 mois avec règles irrégulières. Depuis, règles régulières non douloureuses. Pas de pertes blanches.

L'affection actuelle a débuté il y a trois mois à l'occasion des règles.

Après des règles régulières ayant duré quatre jours, apparaît une douleur du côté droit, douleur vive et brusque; elle dure trois jours et reste localisée à droite. A ce moment là, pas de vomissements, mais constipation opiniâtre. La malade n'a gardé le lit que le premier jour.

Après ces trois jours, le malade reprend son travail et ne souffre plus pendant quinze jours.

Puis, nouvelle apparition des douleurs à droite, ayant duré huit jours. Pas de vomissements.

La malade garde le lit pendant huit jours chez elle, puis va à l'hospice de Bourgoin.

Rentrée le 2 janvier, elle n'en sort que pour venir à la Charité le 21 février. Il y a quinze jours, expulsion abondante de pus, avec fièvre et vomissements ayant précédé cette expulsion.

La fistule rectale s'étant refermée et l'état général restant toujours mauvais, la malade nous est amenée par son médecin, le D^r Parmilieu, de Bourgoin.

Examen : La malade est très amaigrie. Sa température présente des oscillations avec exacerbations vespérales à 39°. Les douleurs abdominales sont toujours aussi vives, la malade est obligée de garder le lit.

L'abdomen est souple partout, sauf à droite au niveau de la fosse iliaque où l'on perçoit un empâtement profond, dépassant l'arcade de Fallope de trois travers de doigt.

Le toucher vaginal est douloureux et difficile. La malade est vierge et a un hymen permettant avec beaucoup de peine l'introduction d'un seul doigt qui révèle l'empâtement des culs-de-sac latéral droit et postérieur. Par le toucher rectal, on sent une collection bombant sur la paroi antérieure comme le pôle d'une mandarine. Par le toucher et palper combinés, on délimite très nettement à droite de l'utérus, lequel est situé en avant, une masse dure, douloureuse du volume du poing.

Le diagnostic est le suivant : Collection d'origine appendiculaire probable.

On élimine le diagnostic de salpingite, vu qu'il s'agit d'une vierge, et vu la suppuration franche des lésions, on ne songe point à la tuberculose.

Intervention le 24 février 1904 (M. A. Pollosson).

Ponction par le cul-de-sac postérieur suivant la méthode de Laroyenne. Débridement aussi large que le comporte l'étroitesse du vagin. Il s'écoule un bol de pus bien lié. Éponge.

Au quatrième jour, ablation de l'éponge. Pansement avec des mèches. Toutefois l'amélioration de la fièvre ne suit pas aussi rapidement que dans les collections ordinaires. Pendant un certain temps, on essaie uniquement des lavages vaginaux, puis en vue de la rétention purulente possible, des lavages de la poche avec la sonde de Reverdin. Pendant tout le mois, la température présente des oscillations.

L'exploration de la poche ne révèle aucune fusée, aucun prolongement ; par le toucher et le palper combinés, on ne trouve aucune autre collection d'un volume suffisant à expliquer cette fièvre ; toutefois, on sent très nettement avec le doigt introduit dans la poche une masse dure, arrondie, faisant saillie sur la paroi interne de cette poche. S'agit-il de l'appendice, s'agit-il de la trompe ? Il est difficile de le dire. Toutefois une intervention vaginale, dans le but d'extirper ce noyau, est décidée.

Le 30 Avril 1904 (M. A. Pollosson).

Sous anesthésie, l'orifice fistuleux est agrandi au métrotome. Le doigt pénètre alors dans une cavité où se trouvent des masses fongueuses contenues dans une poche que le palper, le toucher combinés démontrent être la trompe. Cette trompe friable est extirpée par lambeaux au moyen d'une pince en cœur. Après extirpation de cette trompe, le déblayage de la poche paraît complet. Éponge.

Au quatrième jour, ablation de l'éponge.

Dès lors, la guérison se fait rapidement, l'état général s'améliore et la malade part le 5 juin complètement guérie et ayant repris de l'embonpoint.

Examen anatomique-pathologique : Macroscopiquement les morceaux de la trompe ne présentent rien de spécial dans leur calibre et dans leur forme. Le contenu toutefois paraît caséux. Les villosités assez friables sont en partie détruites.

Les parois sont épaissies. Nulle part on ne voit de tubercules à l'œil nu.

Microscopiquement, il existe des hémorragies et de l'infiltration du côté de la séreuse. Dans la muqueuse, les villosités sont en partie détruites, seule la base est intacte avec des espaces intervillositaires pleins.

Partout il existe des signes d'une inflammation intense. En un point, on trouve une formation arrondie avec des cellules embryonnaires prenant fortement l'hématéine entourant un amas de cellules épithélioïdes à protoplasma vitreux, prenant peu les colorants, teinte plutôt par l'éosine avec toutefois un noyau très apparent au milieu de ces grosses cellules à contour mal délimité. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un follicule tuberculeux. En deux autres points de la même préparation, on peut trouver une formation épithélioïde disposée ainsi en nodules.

OBSERVATION II.

(Clinique de M. le Professeur Pollosson)

Publiée par MM. Jamin et Violet.

II. A..., 22 ans, célibataire, de Morez (Jura). Entrée le 7 décembre 1903, opérée le 12, sortie le 4 février 1904.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire bilatéral.

Diagnostic opératoire : Salpingite tuberculeuse double.

Intervention : Salpingectomie double par voie abdominale.

Est envoyée à la Clinique par M. le Professeur agrégé Bérard, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire après examen rapide.

Réglée à 15 ans et depuis très régulièrement, jamais de grossesse.

Au mois de mai 1903, son ventre grossit brusquement sans arrêt des règles. En juin, elle consulte un docteur qui diagnostique un kyste de l'ovaire. Jamais de grosses douleurs abdominales ; toutefois la malade dit avoir interrompu son travail pendant deux mois.

Depuis cette date, pas d'augmentation appréciable du volume du ventre.

Examen local : La portion sous-ombilicale de l'abdomen est saillante.

Par la palpation, on sent une tumeur de gros volume, remontant jusque l'ombilic et de consistance ferme, tendue. Cette tumeur est mobilisable.

Au toucher, la malade est d'une virginité douteuse ; le col utérin est long, fermé. En arrière de lui, on sent une masse dure, bosselée, bombant dans le Douglas.

Par le toucher et le palper combinés, on délimite nettement l'utérus en avant couché contre la symphyse pubienne.

La masse, accessible par l'abdomen, surtout développée à droite, mobilisable, n'entraîne nullement dans ces déplacements la petite tumeur bosselée et dure, saillante dans le Douglas. A ce moment, le diagnostic est le suivant : kyste de l'ovaire d'un côté, avec ovaire du côté opposé kystique prolabé dans le Douglas.

Mais en continuant l'examen, on trouve que si la masse droite de la tumeur abdominale est indépendante de la tumeur du Douglas, il n'en est pas de même de la portion gauche. Les chocs imprimés à celle-ci se transmettent nettement à la tumeur du Douglas. En faisant basculer, puis en faisant maintenir récliné le kyste droit, on peut parfaitement délimiter à travers la paroi abdominale une seconde tumeur égale en volume à la première, indépendante d'elle et venant pointer dans le Douglas où la transmission est très nette.

Le diagnostic est donc : kyste de l'ovaire bilatéral, et l'on peut avant l'intervention dessiner très nettement la disposition des deux kystes par rapport à l'utérus, et de l'un par rapport à l'autre.

Appétit conservé. État général bon. Temp. 37° à 37° 5.

12 décembre (Docteur Jamin, aide Docteur Violet, en présence de M. le Professeur A. Pollosson). Après incision du péritoine, on trouve le grand épiploon couvert de granulations, étalé jusqu'au pubis et adhérent aux masses kystiques. Le doigt étant facilement glissé dessous, on le sectionne entre deux pinces et on le rabat en bas. On découvre ainsi les deux masses kystiques, qui sont reconnues immédiatement pour les deux trompes. La trompe droite, dilatée, en cornemuse, recourbée à son extrémité utérine, surtout développée par son fond complètement fermé, est énucléée facilement de l'abdomen. Le pédicule est sectionné entre deux pinces, et la tumeur est enlevée intacte.

On attaque alors la trompe gauche enclavée dans le Douglas. Elle est attirée avec quelques difficultés. Au moment où on l'extériorise, elle se rompt. Une grande quantité de pus envahit le petit bassin, heureusement bien protégé par de nombreuses compresses. Ablation de l'ovaire droit. Ligature des pédicules. Drainage abdomino-vaginal. Mikulicz abdominal.

Ablation des mèches le neuvième jour. Guérison sans incident.

Examen des pièces : Les tumeurs enlevées sont constituées par les deux trompes, rappelant comme volume et comme forme une grosse aubergine, avec une tendance à se développer surtout par le fond. La trompe droite enlevée en totalité est fluctuante. Sa surface péritonéale est régulière, lisse.

La trompe gauche rompue présentait une forme et un volume semblable. La surface péritonéale présente un semis granuleux sans points purulents. La surface interne présente des granulations multiples analogues aux granulations bacillaires.

L'ovaire enlevé présente à sa surface les mêmes granulations tuberculeuses. Pas d'abcès localisé à la coupe.

Devant cette constatation inattendue, la malade est réinterrogée au point de vue de ses antécédents bacillaires et sur le début de son affection. C'est en juin que son affection a débuté par des douleurs dans le ventre. En quinze jours, son ventre est devenu aussi gros qu'il l'est actuellement. Pendant un mois, elle a gardé le lit avec un peu de fièvre (38°), du ballonnement, des douleurs dans le ventre et de la diarrhée.

Du côté de ses antécédents héréditaires, nous ne relevons que peu de chose. Les parents sont en bonne santé. Son frère est mort à 21 ans après un mois de maladie, il y a un an. Nous n'avons pu savoir quelle avait été cette affection.

Personnellement, la malade n'a jamais fait de maladie grave ; toutefois, interrogée sur ce point, elle avoue avoir craché du sang à plusieurs reprises durant les deux derniers hivers.

Dès lors, l'enchaînement et l'évolution des lésions devenaient plus faciles à comprendre. L'affection de juin dernier répondait à une poussée de péritonite tuberculeuse ; le diagnostic aurait pu être soupçonné.

Examen histologique : La musculature est bien diminuée d'épaisseur ; les faisceaux coupés, les uns en long, les autres en travers, sont clairsemés. Dans la sous muqueuse existe un tissu conjonctif assez développé.

La vascularisation n'est pas très intense. La muqueuse présente sur les colorations faites au picro-carmin un aspect général jaunâtre. Les saillies de villosités sont totalement abrasées. Leur base seule existe sous forme de travées épithéliales plongeant dans un tissu infiltré de cellules embryonnaires. Ça et là dans la muqueuse, on trouve des nodules tuberculeux d'un bel aspect jaune, au centre desquels les cellules perdent leurs contours, se fusionnent. En d'autres points, on trouve des amas de caséum.

OBSERVATION III.

(Clinique de M. le Professeur Pollosson).

Publiée par MM. Jamin et Violet.

C. M..., 42 ans, de Vaux (Rhône).

Entrée le 9 décembre 1903. Opérée le 15 décembre 1903. Sortie le 6 février 1904.

Diagnostic : Lésion annexielle double (néoplasique ou bacillaire).

Diagnostic opératoire : Tuberculose salpingienne. Péritonite tuberculeuse plastique du petit bassin.

Intervention : Salpingectomie bilatérale par voie abdominale.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Mariée à 34 ans. Jamais de grossesse, ni de fausses couches. Réglée à 15 ans, très régulièrement. Pas de pertes blanches. Toujours bien portante. Elle signale une pleurésie gauche il y a quinze ans, terminée par cinq vésicatoires sans ponction. Ne se souvient pas si à ce moment elle a eu mal au ventre.

L'affection actuelle a débuté il y a un mois et demi par des douleurs vives dans le ventre, localisées à gauche sous forme de coliques. La malade put reprendre son travail au bout de quelques temps, mais néanmoins des douleurs sourdes, constantes à gauche, obligent à fléchir le tronc pendant la marche.

Depuis un mois et demi, perte complète de l'appétit, amaigrissement de 6 kilogs.

Il y a une quinzaine de jours, reprise de douleurs vives, obligeant la malade à garder le lit.

Les dernières règles datent du premier décembre, elles furent très peu abondantes et non douloureuses.

Pas de douleurs à la miction.

Constipation, jamais de diarrhée.

Les règles devançaient beaucoup. Elles venaient tous les 20 jours, sans douleurs. Pertes assez abondantes depuis ces dernières années. Jamais de pertes purulentes.

Examen. — Malade anémique, cachectique. La température oscille entre 37, 6 et 38.

Utérus: Col sain, corps difficile à délimiter, paraît situé au milieu des deux masses que l'on sent très nettement par le toucher et le palper combinés, l'une à gauche, l'autre à droite. Ces deux masses plongent dans le Douglas. Il est impossible de les délimiter l'une de l'autre et elles paraissent encercler l'utérus. Par le toucher rectal et vaginal, on sent nettement que le Douglas est occupé par ces deux masses. Elles sont dures, peu douloureuses, du volume d'une mandarine; celle de droite, bosselée, de consistance différente dans ses points; celle de gauche est moins tendue, plus régulièrement dure. Elles sont fixes.

La muqueuse vaginale glisse dessus très facilement.

Diagnostic. — Au point de vue localisation, le diagnostic était facile; il s'agissait, à n'en pas douter, d'une annexite double. Quelle

était la part de l'ovaire et celle de la trompe? Il était difficile de le dire. L'un et l'autre devaient être pris, et il ne s'agissait certainement pas d'une lésion purement ovarienne.

La nature de la lésion était plus difficile à établir. Mais l'âge de la malade, son teint cachectique, l'allure chronique de l'affection, faisaient songer à quelque chose de néoplasique. Il ne pouvait s'agir toutefois dans cette hypothèse que d'un néoplasme du corps utérin avec généralisation aux ligaments larges et au péritoine; les néoplasmes des annexes et les tumeurs ovariennes sont ordinairement moins durs, moins fixes, moins bosselés, s'accompagnant généralement d'ascite, en tous cas, épousent moins les contours de l'utérus, ne comblant pas le petit bassin, ne se modelant pas dans le Douglas. A cette hypothèse, il ne fallait pas s'arrêter un instant. La première était plus vraisemblable; toutefois, le corps utérin était mal perçu et il était impossible de juger de son volume. L'évolution rapide de cette généralisation, étant donnée la date du début des métrorragies, allait contre cette interprétation, puis il existait un léger mouvement fébrile (température oscillant entre 37,6 et 38°). Au toucher la muqueuse vaginale glissait au niveau des tumeurs, remplissant le Douglas, alors que son adhérence et sa fixité sont des signes précoces dans les lésions néoplasiques.

Dès lors, il ne restait plus que deux hypothèses probables. Il ne s'agissait point d'affection post-puerpérale. Il ne pouvait s'agir que d'une infection blennorrhagique ancienne, remontant au mariage, c'est-à-dire à huit ans, passée inaperçue et réveillée depuis à l'occasion d'un surmenage quelconque. Cette hypothèse expliquait parfaitement la stérilité; toutefois on rentrait en acceptant cette explication dans un cas rare. La blennorrhagie passe quelquefois franchement inaperçue, elle se localise sur les trompes et sans grande réaction locale détermine l'occlusion du pavillon; c'est une cause très fréquente et bien connue de stérilité. Mais ce sont là des lésions petites et éteintes; les lésions blennorrhagiques, capables de se réveiller, ont toujours à un moment donné eu une signature. Les règles avaient été normales jusqu'à ces derniers mois et la malade n'avait jamais accusé aucune perte blanche.

En fait de blennorrhagie, il fallait rejeter l'hypothèse d'une infec-

tion récente; l'étendue, la dureté, l'organisation, l'allure des lésions ne ressemblaient en rien à une infection datant de un mois et demi.

Restait encore la tuberculose. Les antécédents personnels de la malade (pleurésie il y a douze ans), l'amaigrissement rapide, la bilatéralité des lésions faisait songer à cette cause d'infection. La tuberculose était capable de s'être localisée à un moment donné sur la trompe suffisamment pour déterminer la stérilité tout en passant inaperçue et plus que le gonocoque, le bacille de Koch était capable de se réveiller après de longs sommeils.

Le diagnostic ferme ne fut pas fait, mais la possibilité d'une lésion tuberculeuse fut affirmée.

Intervention. — Laparotomie (M. A. Pollosson). Annexite bacillaire double avec des lésions de péri-salpingite et de péritonite pelvienne très marquées. Il existe sur le péritoine des tubercules crétaçés du volume d'une grosse lentille.

On cherche à dégager ces deux trompes pour en pratiquer l'ablation; la masse gauche très adhérente se dilacère et on l'extirpe en fragments. A droite, on trouve l'appendice adhérent qu'on enlève et qui paraît sain. Du milieu d'une coque épaisse, remplie de pus, qu'on crève au doigt, on ramène la trompe droite du volume d'une banane. L'utérus est respecté.

La masse gauche n'ayant pas été complètement enlevée, on ne peut songer un instant à péritoniser les surfaces. On y met une mèche et on en place trois autres dans le Douglas cureté et formé par des surfaces purulentes, après avoir effondré le cul de sac postérieur et placé un gros drain en caoutchouc formant drainage abdomino-vaginal.

Opérée le 16 décembre, la malade part entièrement guérie le 26 janvier. Le mari, examiné au point de vue de la bacillose génitale, ne présente aucune lésion épidymaire et urétrale.

L'examen microscopique des pièces révèle une trompe à parois épaissies, avec surtout de la péri-salpingite. Le contenu de la trompe est grumeleux, jaune; la muqueuse est à peu près totalement abrasée.

Examen histologique. — Sur la préparation colorée au picro-carmin et montée dans la glycérine, il est difficile de dire tout d'abord

où est la muqueuse et où est la séreuse. On ne trouve qu'une bande de trousseaux musculaires et fibreux assez vascularisés, de chaque côté de laquelle existe disposée parallèlement une nappe de tissu inflammatoire, infiltrée de cellules embryonnaires. Toutefois l'existence d'une couche conjonctive sous-séreuse assez développée permet de se reconnaître. Mais des deux côtés existent de gros foyers tuberculeux séparés du tissu ambiant par une coque conjonctive plus dense, fermée en son centre par des cellules épithélioïdes disposées sans ordre. Une dizaine de cellules géantes, très nettes avec centre caséifié.

OBSERVATION IV.

(Clinique de M. le professeur Pollosson).

Publiée par MM. Jamin et Violet.

Mlle X..., 25 ans, célibataire. — Pas d'accouchement. Pas de fausse couche. Réglée à 14 ans. Pertes blanches, tantôt épaisses, empesant le linge, tantôt claires.

11 novembre 1902 (premier séjour). — Début, il y a environ six mois par des accidents intestinaux : diarrhée, vomissements. Ventre ballonné. La malade garde cet état pendant deux mois. Diarrhée persistante malgré tout traitement. Pas d'hémoptysie.

Tuberculose pulmonaire ; touse et crache depuis deux hivers.

5 décembre. — Annexite gauche légère et dans le Douglas tuméfaction du volume d'une amande paraissant être un ovaire.

La malade a son hymen.

Columnisation et massage.

20 décembre. — On a l'impression que massage et columnisation ne donnent aucun résultat.

Le 7 février 1903. — On se décide à faire une colpotomie exploratrice. Les annexes gauches sont trouvées saines, la trompe droite l'est également, mais l'ovaire du même côté est augmenté de volume; on reconnaît qu'il est scléro-kystique et on en pratique l'ablation.

Le 4 avril. — Sortie. L'état des organes pelviens est bon, mais l'état pulmonaire est stationnaire.

Le 4 septembre. — La malade a été soignée tout l'été à la consul-

lation avec des lampons et des massages, des injections chaudes tour à tour sans résultat.

Actuellement, on sent à gauche une petite masse éloignée de l'utérus, d'une mobilité relative, du volume d'une noix, très douloureuse.

7 septembre (M. Condamin). — Incision au ciseau du cul de sac postérieur. On enlève cette masse qui est scléro kystique. Il y a un volumineux corps jaune. On ne trouve aucune trace de tuberculose génitale.

Examen histologique : Négatif.

Dans le service : topiques à droite. Vomissement, toux. Léger état fébrile.

La malade sort, n'allant toujours pas très bien ; elle est envoyée à la maison de convalescence de la Croix-Rousse.

28 décembre. — La malade revient à nouveau dans le service ; elle souffre toujours dans le ventre. Règles très douloureuses, les dernières surtout.

Examen : Utérus petit. Col sain.

A droite, masse du volume d'une mandarine, douloureuse, assez haute dans le ventre, facilement abaissable, en contact avec l'utérus.

A gauche, au niveau de la cicatrice, on sent un petit noyau dur très douloureux, qui paraît être dans le Douglas. L'examen de ce côté est assez difficile.

29 décembre. — Intervention (M. Pollosson).

Colpotomie aux ciseaux. Ablation des deux trompes : la droite, la plus volumineuse, égale à une grosse mandarine, contournée, bridée par des adhérences, fermée au niveau de son orifice, contient au moins une grande cuillerée à soupe d'un pus mal lié. Pas de tuberculose apparente. Pas de granulations. Pas de caséum. La trompe gauche, un peu moins volumineuse, est dilatée, ferme, purulente.

Auscultée, sur notre demande par M. le docteur Thévenet, chef de clinique médicale à la Charité, on constate de l'induration et de la sclérose au sommet gauche, très vraisemblablement de nature tuberculeuse.

Rentrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le docteur Mouisset.

elle a été aussi traitée pour des lésions pulmonaires et ganglionnaires, de nature tuberculeuse.

4^e séjour. 22 août 1904. — La malade demande à rentrer à l'hôpital parce que depuis la dernière période elle a des pertes qui reviennent tous les quinze jours et qui durent quatre à huit jours. Ces pertes ont, du reste, les caractères des règles. De plus, la malade a des douleurs dans le côté droit, et ces douleurs vont en augmentant. Elles sont intermittentes, surviennent surtout quelques jours avant les pertes signalées et ont à ce moment leur maximum d'intensité : elles disparaissent quand la malade perd, pour reprendre dès que l'écoulement sanguin a cessé. L'état général est stationnaire. La malade tousse peu, ne crache pas.

Pertes blanches, peu abondantes, mais continuelles.

A l'examen gynécologique, vagin avec de nombreuses brides cicatricielles. Le col utérin est fortement tiré en arrière par des brides. Les culs de sac sont libres, mais douloureux.

L'utérus est petit, en antéversion.

26 août. — Hystérectomie vaginale, (M. Condamin), facile, sans incident.

Examen histologique. — Trompes : Plus de 25 coupes ont été faites en trois points différents. Sur toutes, on constate une inflammation séreuse et sous-séreuse intense. A ce niveau, on trouve des formations nodulaires avec des cellules rondes à la périphérie et au centre des cellules plus grosses, plus espacées, sans transformations épithélioïdes nettes toutefois.

On trouve aussi à ce niveau de nombreux extravasats sanguins. La musculature paraît hypertrophiée. La muqueuse a perdu ses villosités en certains points ; en d'autres, elles sont assez bien conservées et sont le siège d'une inflammation intense. A l'union de la musculuse et de la muqueuse, on retrouve ces mêmes amas nodulaires signalés dans la sous-séreuse. A un fort grossissement, ces formations nodulaires sont formées de cellules rondes avec une artériole oblitérée au centre rappelant tout à fait les granulations tuberculeuses. Mais on ne trouve ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes.

L'utérus ne présente pas de lésions bien nettes. Sur le fond utérin, on trouve des saillies en forme de granulation du volume d'une tête d'épingle.

Histologiquement, il s'agit d'une endométrite glandulaire. Les culs de sac glandulaires sont plus multipliés qu'à l'ordinaire. La coupe en intéresse dans différentes directions. Ça et là quelques amas de cellules embryonnaires dans le tissu interglandulaire. Aucune lésion nette de bacillose.

OBSERVATION V

(Clinique de M. le professeur Pollosson)

Publiée par MM. Jamin et Violet.

V..., femme D..., 34 ans. Saint-Genis-d'Aoste ; entrée le 3 août 1904 ; opérée le 7 ; sortie le 19.

Diagnostic : Annexite double ancienne.

Intervention : Tentative d'ablation des annexes par colpotomie postérieure infructueuse. Hystérectomie vaginale.

Diagnostic histologique : Tuberculose utérine. Mariée depuis 11 ans, sans enfant, ni fausse couche, sans antécédents héréditaires ou personnels au point de vue de la tuberculose, est envoyée à la Clinique par M. le Dr Guignes, avec le diagnostic d'annexite double ancienne.

Réglée à 13 ans et depuis, régulièrement jusqu'au mariage, irrégulièrement depuis cette époque. Elles sont en effet, depuis lors, très abondantes, toujours en avance, en comptant bien entendu du début d'une perte au début de l'autre, très douloureuses.

Il y a sept ans, sans cause connue, métrite qui dura deux mois et fut traitée par des cataplasmes et des injections chaudes. Amélioration. Deuxième poussée il y a deux ans.

En décembre 1903, affection brusque caractérisée par des douleurs abdominales plus vives à droite, avec ballonnement, constipation, dysurie. Le tout qualifié d'appendicite. Depuis cette date, douleurs incessantes. La malade ne tient le lit que par intermittence, mais tout travail actif, tout effort, toute marche lui sont interdits. Miction et défécation douloureuses. Coût impossible.

Règles irrégulières et abondantes.

En dehors des règles, pertes tachant le linge en vert et que les injections ne modifient point.

Entéro-colite muco-membraneuse.

La palpation abdominale, facile, révèle un léger empâtement à droite, mais rien de bien saillant.

En écartant l'orifice vulvaire, on découvre des pertes franchement purulentes, jaunes verdâtres, glaireuses.

Au toucher, le col est petit, son orifice fermé, de nullipare, sa mobilisation, très limitée, est douloureuse. Le Douglas est rempli par des masses bosselées, fixes, sur lesquelles la muqueuse vaginale glisse toutefois assez bien.

Par le toucher et le palper combinés, on délimite l'utérus en avant, petit, immobile, encastré par des masses postérieures latérales. Il est difficile de faire la part dans les masses latérales de ce qui appartient aux annexes et au ligament large. Ce n'est que par le toucher rectal qu'on peut nettement apprécier la part de l'un et de l'autre. Les ligaments larges sont certainement épaissis et les masses arrondies et dures, qu'on perçoit sur la ligne médiane et à droite, sont des lésions annexielles.

Diagnostic : Malgré l'infiltration notable des ligaments larges, qui ne se voit pas dans les infections blennorragiques, on porte le diagnostic d'annexite double, d'origine conjugale, survenue au moment du mariage et expliquant parfaitement la stérilité.

Intervention (M. Condamin, suppléant M. A. Pollosson). Colpotomie aux ciseaux.

L'ouverture du cul de sac postérieur conduit dans des adhérences qu'on libère peu à peu en arrière de l'utérus. Cette libération, pratiquée sur une étendue de plusieurs centimètres, est difficile et ne permet point de dire si l'on est arrivé sûrement dans le péritoine. Chemin faisant, inclinant tantôt à droite, tantôt à gauche, on crève deux ou trois petites poches dont le contenu est difficile à apprécier au milieu du sang. Les adhérences sont telles qu'on renonce à l'ablation des annexes par cette voie et on décide une hystérectomie vaginale, après quoi on verra s'il reste quelque chose d'annexiel à enlever. Cette hystérectomie est assez facilement conduite par le procédé de la bascule sans hémisection. Pince sur les ligaments larges.

Examen des pièces : Le fond utérin présente au niveau de son revêtement péritonéal des granulations blanches, petites, dont l'aspect ne rappelle pas complètement les granulations tuberculeuses.

L'utérus est petit comme épaisseur, et comme longueur $2 \times 3 \times 5$.

La cavité cervicale est intacte.

La muqueuse du corps utérin est couverte de granulations jaunâtres de différent volume ; elles se touchent toutes ; nulle part, il n'existe de muqueuse saine. L'aspect de cet utérus ouvert et étalé rappelle grossièrement celui des langues de syphilis tertiaire.

Examen microscopique : Fixation à la formaline. Durcissement dans les alcools progressifs. Inclusion à la paraffine. Coloration à l'hématoxyne-éosine.

La muqueuse utérine est parsemée de follicules tuberculeux très nets. Autour d'amas épithélioïdes, à protoplasma clair, vitreux, se trouve une couronne de cellules embryonnaires prenant fortement les colorants. Les follicules tuberculeux se développent dans les espaces inter-glandulaires, çà et là on les voit repousser et déformer la cavité glandulaire. Ailleurs les glandes ont même complètement disparu. Les follicules se touchent. En plusieurs points et sur plusieurs préparations, on trouve de belles cellules géantes, quelques-unes avec amas caséux au centre.

Le mari a été examiné au point de vue d'une tuberculose génitale par M. le Docteur Guigues.

OBSERVATION VI.

(Clinique de M. le Professeur Pollosson).

Publiée par MM. Jamin et Violet.

A. Ch..., 25 ans.

Premier séjour : Entrée le 27 Mai 1903, opérée le 29, sortie le 24 juillet.

Diagnostic : Annexite gauche post-puerpérale.

Intervention : Ablation de la trompe par voie vaginale.

Diagnostic histologique : Périsalpingite.

Deuxième séjour : Entrée le 26 mai 1904, opérée le 22 juillet 1904, sortie le 20 août 1904.

Diagnostic : Annexite droite probablement contemporaine de l'annexite gauche, ayant évolué depuis la première intervention.

Intervention : Castration totale par voie abdominale.

Diagnostic histologique : Tuberculose.

Père et mère vivants, bien portants. 11 frères ou sœurs dont 7 morts en bas âge.

Étant jeune, aucune des maladies de l'enfance, si ce n'est la variole et la rougeole. Pas de ganglions au cou, ni d'humeurs froides en bas âge. Deux enfants morts en bas âge, d'affection intestinale. Suites de couches normales ; au dernier enfant toutefois, la malade est restée seulement quinze jours allant bien. Après survinrent des points du côté droit, des pertes blanches très abondantes, de la fièvre ; la malade garda le lit. Entrée à la Charité, on lui trouve une tumeur gauche bombant dans le cul de sac postérieur. Par le palper abdominal, on sent cette tuméfaction remontant assez haut dans la fosse iliaque. Température entre 37.8 et 38. Jamais de diarrhée, jamais de vomissements.

29 Septembre. Ablation de la trompe gauche par voie vaginale (M. Condamin). L'examen histologique de la paroi tubaire, pratiqué à la Faculté par M. Paviot, ne révèle rien qui soit tuberculeux ; le tissu sous séreux est épaissi, sans cellules rondes. Les villosités tubaires ont conservé leur épithélium cylindrique de revêtement, et elles étonnent par leur intégrité.

M. Paviot conclut plutôt à de la périsalpingite.

2^e séjour en octobre 1903. La malade revient pour des douleurs qu'elle ressent à droite. Fond utérin difficile à sentir. L'examen révèle une masse inflammatoire à droite, très difficile à sentir par le toucher et le palper combinés. À gauche, le cul de sac est induré, de même en arrière. La malade refuse une intervention et sort après un mois et demi de repos et de columnisation.

3^e séjour ; Le 26 mai 1904. La malade a continué à souffrir et surtout à perdre. Depuis six mois, les métrorragies sont incessantes. Il existe aussi d'abondantes pertes blanches tachant le linge. L'examen gynécologique révèle toujours les mêmes lésions avec prédominance à droite.

Le 22 juillet 1904 (M. Violet aide M. Pellanda, en présence de M. A. Pollosson). Laparotomie sous-ombilicale médiane. L'utérus apparaît tout petit entre deux masses annexielles droite et gauche et des adhérences comblant le Douglas et masquant toute sa face pos-

tériure. On commence par cette libération des adhérences intestinales et peu à peu on découvre la face postérieure de l'utérus. Dès lors, on décide une castration par hémisection utérine (procédé de Faure). Celle-ci est facilement conduite.

L'ablation des annexes des deux côtés se fait sans trop de difficulté; toutefois, dans l'ablation de la moitié droite de l'utérus et des annexes y attenant, l'utérine petite, sclérosée, se déchire par suite d'une traction trop énergique et dès lors on a une certaine difficulté à la trouver, le vaisseau ne trahissant sa présence par aucune hémorragie. Elle est toutefois trouvée et liée. Les zones de décollement assez larges, donnant un suintement léger, on laisse un petit Mikulicz et on place un drain abdomino-vaginal.

Ablation des mèches le 5^e jour.

Guérison sans incidents.

Le 20 août, la malade part, guérie, pour la maison de convalescence de la Croix-Rousse.

Examen des pièces : Les deux moitiés utérines sont petites ; l'utérus est certainement diminué de volume par rapport à la normale. La cavité utérine ayant été thermo-cautérisée ne présente plus rien d'intéressant à l'examen. La trompe gauche, précédemment enlevée par voie vaginale, a encore une étendue de 4 centimètres et présente des nodosités. L'ovaire gauche scléro-kystique entouré de fausses membranes présente peu de lésions. A droite, la trompe tortueuse ne forme avec l'ovaire correspondant qu'une seule masse dans laquelle il est assez difficile de se reconnaître. A la coupe cette masse, du volume d'une mandarine, présente plusieurs petits abcès du volume d'un petit haricot. Toutefois, macroscopiquement, rien ne nous paraît suspect de tuberculose. Un morceau de l'ovaire, prélevé pour l'examen histologique au point de vue de la pathologie des corps jaunes, révéla une tuberculose confluyente de l'ovaire. Sur les coupes, il existe un très grand nombre de cellules géantes avec caséum au centre.

M. Thévenet, chef de la clinique infantile, a bien voulu examiner cette malade au point de vue pulmonaire et nous remettre la note suivante : Lésions tuberculeuses des deux sommets, mais peut-être cicatricielles et sans évolution actuelle. Possibilité d'adénopathie trachéo-bronchique.

OBSERVATION VII (inédite)

(Clinique de M. le Prof. A. Pollosson)

P... M... 17 ans, célibataire. Entrée le 23 août 1904.

Diagnostic : Annexite droite tuberculeuse.

Ablation des annexes droites, fistule totale entéro-vaginale

Laparotomie, résection de l'anse, entéro-anastomose au bouton.

Antécédents : Parents bien portants.

Trois frères ou sœurs en bonne santé.

Pas de grossesse, pas de fausse couche.

Réglée à 13 ans, irrégulièrement tous les 15 jours ou les 3 semaines. Règles abondantes durant 8 jours et plus, douloureuses surtout pendant les premiers jours (douleurs dans le ventre et dans la région lombaire).

Jamais de pertes blanches ni de douleurs en urinant.

Il y a quarante jours que la malade a eu ses dernières règles. Aucune perte depuis cette époque. La malade vient à l'hôpital, parce qu'elle souffre du ventre depuis huit jours.

Les douleurs existent en réalité depuis longtemps, paraît-il, mais elles devinrent beaucoup plus violentes ces derniers jours. Elles ont leur maximum à droite et ne s'irradient que très peu.

Pas de troubles de la miction. Constipation habituelle.

Examen. — L'examen est rendu difficile par la résistance de la paroi.

Pas de colostrum au niveau des seins.

Au *toucher*, col un peu mou, non ouvert. Dans les deux culs de sac latéraux, le doigt sent des masses qui bombent et sont nettement indépendantes de l'utérus. Le cul de sac postérieur n'est pas libre. La masse indurée qui l'occupe paraît être en continuité avec celle qui occupe le cul de sac droit. Le palper et le toucher combinés montrent un utérus non dévié, un fond utérin un peu haut (3 travers de doigt au-dessus des pubis). De chaque côté, on peut délimiter les masses latérales, celle de droite surtout qui paraît avoir le volume d'un œuf.

Intervention. — (M. Condamin) : Ablation par colpotomie postérieure des annexes du côté droit. Section d'un fragment d'anse intestinale. Dans les jours suivants, menace de péritonite (pouls à 130, ballonnement); puis les signes péritonéaux se calment, mais les matières s'écoulent uniquement par le vagin.

Le 20 décembre, *intervention* (M. Condamin : Laparotomie sous-ombilicale. On note la présence de quelques granulations tuberculeuses sous le péritoine. On voit difficilement l'anse fistuleuse adhérente au vagin ; on la reconnaît grâce au doigt poussé par le vagin dans l'anse ouverte.

On libère l'anse par arrachement, on résèque la partie de l'anse qui répond à la fistule. Boulon de Jaboulay. Drain et mèches, avec drainage abdomino-vaginal.

Le 27 décembre, le bouton a été évacué par le vagin. Ablation des mèches et des drains. Très large fistule stercorale à la fois par le vagin et l'abdomen.

A l'examen histologique des annexes fait par M. Violet, on peut affirmer qu'on se trouve en présence d'une annexite tuberculeuse.

OBSERVATION VIII (inédite)

(Clinique de M. le professeur A. Pollosson)

M. S..., 25 ans, Entrée le 12/9 1904. Sortie le 17/10 1904.

Diagnostic: Salpingite gauche bacillaire.

Intervention: Colpotomie postérieure. Ablation des annexes gauches

Antécédents: Père cardiaque. Mère en bonne santé. un frère et une sœur en bonne santé.

Réglée à 14 ans, régulièrement dès le début, (tous les 26 jours, durant 8 jours,) sans douleurs proprement dites, sans pertes blanches.

Mariée il y a 3 ans. Pas de grossesse.

Jamais de graves maladies, mais constipation.

L'affection actuelle remonte à 3 mois, (milieu de mai.) Début assez brusque, par des douleurs pas très vives, dans la fosse iliaque gauche, douleurs que la malade met sur le compte de la constipation, ses règles étant parfaitement régulières, non douloureuses, le coït n'étant

pas non plus douloureux. A plusieurs reprises, par intermittences, ces douleurs disparaissent, puis reviennent, toujours plus marquées du côté gauche.

La malade souffre ainsi pendant les mois de juin, juillet et août.

Ces douleurs sont peu vives ; elles gênent seulement la malade pendant tout travail un peu prolongé, pendant la marche et, dans ces deux derniers mois seulement, pendant le coït qui est devenu insupportable. Il est à noter qu'au début des phénomènes douloureux, les douleurs étaient plus abdominales que pelviennes et que le coït était indifférent.

La malade a porté une ceinture de sa fabrication : les phénomènes douloureux se sont exagérés. On lui a appliqué des tampons qui l'ont soulagée.

Elle n'a jamais gardé le lit, n'a jamais eu de fièvre, jamais de pertes blanches. Les règles de juin, juillet et août, se sont montrées régulières, un peu moins abondantes cependant que normalement. Leur longueur a été normale, mais elles ont été très douloureuses.

Quant aux douleurs, elles ont gardé dans ces derniers temps leurs caractères du début : leur maximum a été atteint au moment des règles. Elles ont occupé surtout le bas de l'abdomen, très peu la région lombaire ou les cuisses, un peu le fondement.

Depuis 8 jours, ces douleurs paraissent s'étendre à droite. Ce sont ces douleurs et l'impossibilité où est la malade de fournir un travail continu qui l'ont décidée à venir à l'hôpital.

A l'examen, on trouve un utérus plutôt petit, horizontal, sans étroitesse marquée du col, au moins dans le sens vertical : un vagin souple glissant parfaitement sur les organes pelviens. Dans le cul de sac postérieur et du côté gauche, une masse grosse comme une tête fœtale, lisse, élastique, très nettement fluctuante, indolente, immobile, indépendante de l'utérus, assez facile à limiter par en haut. Le vagin glisse sur elle. Sur la ligne médiane, elle paraît se limiter, dans le cul de sac postérieur, par une crête résistante, dure, très douloureuse, dirigée obliquement de gauche à droite et d'avant en arrière.

Toujours dans le cul de sac postérieur et immédiatement à droite de cette partie solide, séparée d'elle par un sillon très net, se trouve

•

une petite masse, arrondie, kystique, à parois extrêmement souples, peu douloureuse.

Si l'on touche plus en haut, à droite, la paroi droite de l'excavation paraît résistante, empâtée, comme s'il y avait de nombreuses adhérences. Du côté gauche, au-dessous et en dehors de la masse kystique signalée plus haut, même empatement, beaucoup plus étendu en avant et en arrière.

Rien du côté de la vessie ou du rectum.

Au point de vue du diagnostic, vu la fluctuation, la consistance le volume et les rapports avec l'utérus de cette masse gauche, étant donné que la malade n'avait pas l'histoire d'une salpingite, M. Violet fait plutôt le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche, la masse latérale droite appréciable par son pôle inférieur seulement autorisant le diagnostic de kyste bilatéral ovarique.

M. Condamin, vu la fixité de la tumeur gauche, vu la bilatéralité de l'affection, fait plutôt le diagnostic de salpingite. On ne songe pas à la bacillose.

Le 15 septembre 1904. *Intervention* (M. Condamin) :

Ponction d'une première poche à droite, à contenu clair.

Colpotomie postérieure: ponction de la masse résistante qu'on percevait du côté gauche; il s'écoule un liquide pâteux, blanchâtre qui en impose d'abord pour le contenu d'un kyste dermoïde. On fait ce dernier diagnostic.

Clivage au doigt de la masse qui semble être ce kyste. Clivage difficile: La masse grosse comme un citron paraît à un moment isolée et ne tenir plus que par un pédicule; une pince est placée sur lui, puis il est sectionné. La masse ainsi obtenue est irrégulière, couverte d'adhérences. C'est une *trompe* distendue, épaissie, couverte d'adhérences péritonéales. Sa surface interne est fongueuse, épaisse, rougeâtre, friable; elle contient du pus caséeux. L'ovaire est confondu avec la trompe. Il contient un ou deux petits kystes à contenu clair. L'aspect est celui des lésions bacillaires. Derrière la masse ainsi enlevée, reste une poche qu'on effondre au doigt et qui contient du pus; péritonite enkystée (?).

Le 21 septembre 1904. — Ablation de l'éponge. Du pus hématique s'écoule.

A gauche, masse arrondie, lobulée, dure, débordant l'arcade de deux travers de doigt et faisant une saillie grosse comme le poing. Les pressions exercées sur cette masse se transmettent très bien au col, mais très mal à la masse corps utérin peut être, parce que dans le petit bassin.

A droite, masse douloureuse, irrégulière, difficilement délimitable, symétrique à la précédente, mais un peu plus extérieurement est très douloureuse au toucher. Les mouvements du palper ne se transmettent nullement au col.

Enfin la vessie est petite et déviée vers la gauche. Elle n'est nullement aplatie dans le sens vertical. Urines normales.

Au point de vue du *diagnostic*, la première impression en présence de cette malade sans les données de l'hystérométrie était la suivante : utérus en rétroversion, masses annexielles bilatérales, probablement ovariennes. L'hystéromètre montrant que l'utérus se dirigeait au contraire en avant et à gauche, ce que le cathétérisme vésical faisait déjà supposer et ce que le toucher dans le cul de sac vaginal antérieur avait de même laissé entrevoir, il restait à expliquer cette masse postérieure, dure, sans séparation aucune de l'utérus, appréciable par le toucher vaginal, facilement contournable par le toucher rectal. Où était cette masse ? Quels étaient ses rapports avec l'utérus ? Était-elle intrapéritonéale dans le Douglas et alors faisait-elle partie des tumeurs ovariennes ? Il y avait contre cette hypothèse la continuité directe de la masse avec l'utérus. Était-elle intraligamentaire ? Ce qui aurait pu expliquer cette continuité avec l'utérus, c'était possible. Mais alors quelle était la nature de cette tumeur ? Au toucher, elle paraissait nettement fibromateuse. Toutefois, il fallait éliminer l'idée d'un fibrome chez une malade de 28 ans, sans histoire de fibrome, c'est-à-dire sans métrorragies. Cependant en faveur de cette hypothèse, il fallait noter l'agrandissement de la cavité utérine (9 c/m). Il s'agissait donc d'un cas très difficile. Les diagnostics de tumeur ovarienne bilatérale, de kyste dermoïde suppuré pour expliquer la température et à développement intra ligamentaire furent faits.

On ne songea pas à l'hypothèse d'une annexite. Toutefois on émit l'idée que s'il s'agissait de pus, il s'agissait de tuberculose, que seule

De plus, la malade qui, jusque-là était constipée, a souffert de grosses difficultés à aller à la selle. Les matières passaient difficilement et la malade avait de grandes difficultés à rendre le lavement qu'elle venait de prendre. Pas de fièvre chez elle.

À l'entrée, température de 38, 5. Jamais de ballonnement abdominal, de vomissements ou de signes pouvant faire songer à une poussée péritonéale. Pas de modifications dans les écoulements génitaux. Les règles de septembre sont revenues, il y a huit jours, à leur date et avec leur durée habituelle. Pas de pertes rouges ou blanches. Pas davantage de troubles du côté de la miction.

Mais la malade a maigri de 5 kilog., dit-elle, depuis le début des accidents. Enfin la malade déclare n'avoir constaté aucune augmentation de volume de l'abdomen. Rien du côté de ses seins.

Examen : Rien de particulier dans l'aspect général. Facies coloré. Etat de santé très bien conservé.

Au toucher, col un peu mou, comme lassé, raccourci, rappelant un peu certains cols de multipare (mais la malade déclare n'avoir jamais eu d'enfants). Le col est en avant, derrière la symphise.

Le corps est remplacé par une masse arrondie, dure, symétrique, régulière et occupant tout le petit bassin. Le doigt peut remonter très loin, faire le tour de ce corps hypertrophié : dans l'ensemble, col et corps rappellent un utérus gravide de 3 mois ^{1,2}, fortement rétroversé.

La dureté du corps est celle d'un fibrome ; il semble même qu'on ait des bosselures en avant et à gauche. Très à gauche, contre la paroi pelvienne, les sensations sont confuses ; de même très à droite, contre la paroi.

Le seul détail de la masse pelvienne est une crête antéro-postérieure qui s'élève à sa partie postérieure et qui est très douloureuse.

L'hystérométrie montre une cavité agrandie (9 c/m). La cavité se dirige en haut et en avant.

Le toucher rectal confirme les données précédentes : même masse arrondie, dure, symétrique, remplissant le petit bassin. Mêmes contours généraux en « petit ballon ».

Le palper combiné au toucher fait sentir à droite et à gauche, au dessus des arcades, deux masses :

A gauche, masse arrondie, lobulée, dure, débordant l'arcade de deux travers de doigt et faisant une saillie grosse comme le poing. Les pressions exercées sur cette masse se transmettent très bien au col, mais très mal à la masse (corps utérin peut-être), perçue dans le petit bassin.

A droite, masse douloureuse, irrégulière, difficilement délimitable, symétrique à la précédente, mais un peu plus externe. Elle est très douloureuse au toucher. Les mouvements du palper ne se transmettent nullement au col.

Enfin la vessie est petite et déviée vers la gauche. Elle n'est nullement aplatie dans le sens vertical. Urines normales.

Au point de vue du *diagnostic*, la première impression en présence de cette malade sans les données de l'hystérométrie était la suivante : utérus en rétroversion, masses annexielles bilatérales, probablement ovariennes. L'hystéromètre montrant que l'utérus se dirigeait au contraire en avant et à gauche, ce que le cathétérisme vésical faisait déjà supposer et ce que le toucher dans le cul de sac vaginal antérieur avait de même laissé entrevoir, il restait à expliquer cette masse postérieure, dure, sans séparation aucune de l'utérus, appréciable par le toucher vaginal, facilement contournable par le toucher rectal. Où était cette masse ? Quels étaient ses rapports avec l'utérus ? Était-elle intrapéritonéale dans le Douglas et alors faisait-elle partie des tumeurs ovariennes ? Il y avait contre cette hypothèse la continuité directe de la masse avec l'utérus. Était-elle intraligamentaire ? Ce qui aurait pu expliquer cette continuité avec l'utérus, c'était possible. Mais alors quelle était la nature de cette tumeur ? Au toucher, elle paraissait nettement fibromateuse. Toutefois, il fallait éliminer l'idée d'un fibrome chez une malade de 28 ans, sans histoire de fibrome, c'est-à-dire sans métrorragies. Cependant en faveur de cette hypothèse, il fallait noter l'agrandissement de la cavité utérine (9 c/m). Il s'agissait donc d'un cas très difficile. Les diagnostics de tumeur ovarienne bilatérale, de kyste dermoïde suppuré pour expliquer la température et à développement intra-ligamentaire furent faits.

On ne songea pas à l'hypothèse d'une annexite. Toutefois on émit l'idée que s'il s'agissait de pus, il s'agissait de tuberculose, que seule

la tuberculose était capable de donner ces masses multiples englobant et coiffant l'utérus, chez une femme mariée depuis 3 ans et stérile, sans histoire de salpingite blennorragique, c'est-à-dire de pertes purulentes et de troubles urinaires. Le diagnostic de tuberculose ne fut point fait d'une façon plus affirmée, à cause de cette masse postérieure, dont la dureté et la régularité ne paraissaient nullement inflammatoires.

Intervention le 13 octobre 1904 (M. Pollosson) : On tombe immédiatement sur un utérus fibromateux ; les masses senties à gauche tout-à-fait sous la paroi étaient des fibromes. On cherche à libérer l'utérus de ses attaches latérales et à voir les annexes. On se dirige à droite ; il y existe des adhérences, du pus apparaît ; c'est une poche qui vient d'être crevée. On la saisit et on l'amène peu à peu au dehors. La trompe de ce côté est enlevée avec assez de difficulté. Le Douglas n'est toujours pas accessible, pour pouvoir faire un Doyen. Il existe à ce niveau une masse du volume du poing, implantée largement sur l'isthme utérin, repoussant et comblant le Douglas, mais sous péritonéale par conséquent.

On se dirige à gauche, en abordant par la corne utérine le ligament large gauche. Ici encore, on trouve du pus, l'abcès est plus petit, c'est du pus franc. Avec le doigt on dégage peu-à-peu cette masse annexielle, mais son extirpation plus ou moins complète est pratiquée sur une pince, avec l'ovaire correspondant.

Il s'agit cependant de drainer tout cela largement. Il faut donc déblayer le pelvis et faire sauter l'utérus. En avant, deux fibromes interstitiels et sous péritonéaux, du volume d'un œuf, en avant et à gauche, sont énucléés.

En arrière, la masse fibromateuse de l'isthme est également énucléée. Dès lors, l'utérus ainsi diminué de volume est parfaitement extirpable en américain (subtotale). Le Douglas est alors effondré ; drain abdomino-vaginal, Mickulicz abdominal.

En somme, la laparotomie avait fait découvrir :

1° à droite, une trompe suppurée, distendue, pleine de pus franc, grosse comme une orange,

2° à gauche, un abcès logé en avant de l'ovaire gauche, abcès de pus franc, peu volumineux, la trompe gauche étant oblitérée sans distension,

3° un utérus fibromateux (poids 785 gr.). Cet utérus est bien tel qu'on se le figurait ; volumineux, renflé dans la partie pelvienne. Enfin il pousse un prolongement fibromateux en haut et à droite (c'est bien la masse dure que le palper percevait à droite et qui transmettait bien les mouvements au col).

Dans le petit bassin, flanking la paroi du côté gauche, abcès pelvien.

L'examen histologique des pièces, fait par M. Violet, montre dans la paroi d'une des trompes de nombreux follicules tuberculeux.

CONCLUSION. — Il s'agissait donc de myomes multiples avec salpingite tuberculeuse double. On avait songé à la possibilité de cette lésion tuberculeuse et la seule chose qui avait fait qu'on ne s'était pas arrêté davantage à ce diagnostic, était l'existence de cette masse postérieure paraissant faire corps avec l'utérus. C'est qu'on avait voulu faire un diagnostic unique, comme on doit toujours faire en clinique, alors qu'en gynécologie il faut faire un diagnostic complexe. Il existe souvent des coexistences de fibrome et de salpingite dont on fait le diagnostic ; mais il s'agit ordinairement de femmes plus âgées et chez lesquelles le fibrome est très net. Ici, il convenait de faire le diagnostic de fibrome, chez une femme qui n'avait aucune histoire de fibrome, ce qui est une exception. Si l'on songe que la tuberculose annexielle masque déjà par ses adhérences un utérus normal et rend le diagnostic difficile, combien sera plus difficile encore le diagnostic, lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus fibromateux.

OBSERVATION X (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Devic).

R. J. ., 41 ans, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 22 octobre 1902, décédée le 22 avril 1903.

Diagnostic : Epithelioma du col. Envahissement de la vessie.

Broncho-pneumonie suppurée non spécifique terminale.

La malade entre pour des douleurs dans le membre inférieur gauche.

Père actuellement vivant et bien portant. Mère morte probablement assez jeune, peut-être à la suite d'une fausse couche.

La malade ne se souvient avoir eu que la fièvre typhoïde soignée à Sainte-Clotilde, il y a 22 ans. Son mari venait d'être atteint de la même affection et c'est probablement auprès de lui qu'elle l'aurait contractée. Mariée à 16 ans, son mari est actuellement vivant. Il mènerait, dit-elle, une vie sobre et régulière et serait en excellente santé.

A eu quatre grossesses, la dernière remontant à 9 ans. Elles lui ont donné quatre enfants dont deux sont morts, l'un en nourrice, l'autre en bas âge de rougeole. Les autres sont bien portants.

L'affection actuelle aurait débuté il y a cinq mois par des douleurs qui ont été rapidement assez vives : elles siégeaient dans la fesse gauche, descendant un peu dans la cuisse. Elles ont persisté avec les mêmes caractères.

En outre la malade qui avait eu jusque-là des règles régulières ne les vit plus à partir de cette époque. Par contre, elle commença à avoir des pertes blanches abondantes, parfois un peu sanguinolentes. Elle n'a jamais remarqué de mauvaise odeur. Elle affirme bien que c'est seulement depuis cinq mois qu'elle a commencé à perdre. Elle aurait eu une seule métrorragie avec caillots.

L'état général serait resté bon. La malade a toujours été maigre et elle prétend ne pas avoir maigri. Elle aurait eu, il y a un mois, une anorexie marquée de quelques semaines. L'appétit est revenu peu à peu. Elle a eu quelques vomissements de glaires.

Actuellement, la malade est cependant un peu maigre ; la pâleur grisâtre de la peau avec décoloration des muqueuses frappe au premier abord, sans qu'il y ait cependant la teinte jaune paille classique.

Les douleurs persistent actuellement : elles siègent dans la fesse gauche, s'irradient dans la cuisse jusqu'au genou. On ne trouve cependant aucun point douloureux à la pression. Pas de signe de Lasègue. Pas d'atrophie. Pas de troubles de la sensibilité.

Au toucher, col utérin déformé avec des bosselures dures et des végétations, s'étendant en arrière et à gauche le long de la paroi vaginale.

Le doigt ramène du sang et on sent une odeur fétide caractéristique.

Pas d'incontinence d'urine. Pas de compression du rectum. Ganglions petits et durs dans l'aîne gauche.

Au cœur, pointe dans le quatrième espace intercostal. Pas de souffle organique ; pas de souffle anémique.

Aux poumons, cicatrices dont elle ne peut donner l'origine sur l'acromion à droite. Rien à signaler.

Point de nævi pigmentaires.

Urines : pas d'albumine.

Appétit à peu près normal. Pas de vomissements. Il y a un mois, elle a eu des vomissements glaireux qui ont cessé.

Poids : 42 kilogrammes.

10 janvier 1903. — La malade accuse depuis quelque temps des douleurs vives au niveau de la face interne de la cuisse droite, sur le trajet des vaisseaux fémoraux. La cuisse est le siège d'un œdème blanc, douloureux. Son poids est resté à peu près stationnaire :

7 novembre.	41,800
22 —	41,600
6 décembre	41,400
20 —	41,500
10 janvier	41,700

26 février 1903. — La malade présente depuis quelques jours une rétraction du genou droit qu'elle ne peut étendre complètement. Lorsqu'on veut lui étendre la jambe, il se forme une ensellure lombaire. Pour faire disparaître cette ensellure, la malade doit fléchir la cuisse à angle droit sur le bassin.

A l'examen, on constate un prolongement du néoplasme dans la fosse iliaque droite. Pas d'incontinence des urines, ni des matières. L'abduction de la jambe fléchie sur la cuisse est possible sans douleur.

Pas de souffle oculaire. Pas de souffle anémique à la base.

Poids : 44 kilogs.

5 mars 1903. — La rétraction de la jambe droite persiste aussi intense. Lorsque la malade est debout, le talon est à plus de 10 centimètres du sol. Exagération du réflexe rotulien droit ; quelques

secousses en cherchant la trépidation épileptoïde. Au toucher, imminence d'une fistule vésico-vaginale. Intégrité de l'articulation de la hanche. Pas de rotation en dedans du membre inférieur droit.

9 mars.	poids.	44,300
23 —	—	46,300
6 avril	—	48 kilogs.

Pendant les 15 derniers jour qui ont précédé la mort, la malade a eu des hémorragies abondantes.

Autopsie (24 avril 1903) par M. Devic :

Cœur. 350 grammes.
Poumon droit. 1380, gauche. 410.
Foie. 1730.
Reins droit. 170, gauche. 80.
Rate. 50.

Point de liquide, ni dans les plèvres, ni dans la cavité péritonéale. Quelques adhérences peu solides et récentes, mais généralisées dans les plèvres des deux côtés. Pas de trace de carcinose miliaire péritonéale.

Ce qui frappe surtout à l'ouverture du thorax, c'est l'abondance de la graisse abdominale et sa consistance. Tous les replis péritonéaux sont surchargés d'une graisse blanche extrêmement dense. Les anses intestinales sont ratatinées, surtout l'intestin grêle et il y a quelques légères adhérences filamenteuses entre ces dernières anses.

Comme aspect général du cadavre, l'œdème est limité à la partie inférieure des jambes et aux pieds.

Cœur. — Pas de péricardite. Surcharge graisseuse externe très marquée du cœur. Ganglions du médiastin très anthracosiques avec dégénérescence fibro-crétacée. Aorte d'une souplesse infantile.

Pour le cœur, rien à signaler en dehors de la surcharge graisseuse.

Poumon gauche. — Nodule fibro-crétacé au sommet. Emphysème très marqué. Crépité partout. Point de nodules de généralisation.

Poumon droit. — Beaucoup plus volumineux que son congénère et beaucoup plus dense. A la coupe, on constate qu'il est le siège d'une hépatisation diffuse généralisée, hépatisation grise dont la disposition montre qu'il s'agit de foyers broncho-pneumoniques confluentes; mais

nulle part les lésions ne montrent qu'il s'agisse de généralisation cancéreuse.

Rate. — Petite. Pêrisplénite bien marquée, mais récente. Parenchyme mou, décoloré, sans noyau de généralisation.

Estomac. — Très dilaté, mais rien aux orifices.

OEsophage et duodenum. — Rien.

Foie. — Les ganglions du hile du foie ne paraissent pas dégénérés.

Périhépatite bien marquée. On a beaucoup de difficulté pour détacher le diaphragme.

Vésicule pleine de bile, jaune, sans calculs.

Foie volumineux, non déformé, gros et mou sans généralisation.

Petit bassin. — La tumeur a rejeté la vessie complètement à gauche. On trouve dans la fosse iliaque droite, remontant bien au-dessus du promontoire, une poche kystique, ovoïde, ayant 20 c/m dans le sens longitudinal et disposée dans la direction des fibres du psoas.

Rein gauche. — Deux fois plus petit environ que le rein droit. Quand on l'ouvre, on constate qu'il est réduit à l'état de poches kystiques multiples.

Les calices et le bassinnet sont fortement distendus. Leur paroi est blanche, nacrée. Les poches kystiques ont une paroi blanchâtre et comme boueuse; leur contenu était un liquide trouble; il reste en certains points à peine 2 ou 3 mm. de parenchyme rénal.

Rein droit. — Aspect d'un gros rein blanc dégénéré. La distension des calices et du bassinnet est beaucoup moins marquée.

Utérus. — A la coupe, myome sous-muqueux du volume d'une noisette.

La tumeur principale forme une masse champignonnette énorme, ulcérée. Elle a envahi la vessie, réduisant celle-ci à l'état d'une cavité du volume d'à peine un œuf de poule, à parois très épaisses et tomenteuses. Le vagin est envahi sur une petite hauteur au niveau des culs de sac. Le col est absolument détruit et la tumeur s'arrête d'une façon très nette au corps utérin.

Celui-ci a une cavité aplatie et diminuée de hauteur (myome précité). Les *trompes* sont fortement plissées, augmentées de volume, elles renferment un peu de pus. Les ovaires ne paraissent pas intéressés. Le rectum non plus. Ce qui est surtout à noter, c'est le peu

d'importance des ganglions. On n'en trouve qu'un très petit nombre dans le bassin et les fosses iliaques qui sont envahies par le néoplasme.

Un gros bourrelet hémorroïdaire, mais pas d'escharre au sacrum. Pas de goitre.

A l'examen histologique des trompes, nous-mêmes avons pu voir, dans le laboratoire de M. Devic, des cellules géantes typiques, signature évidente de la lésion.

OBSERVATION XI (inédite)

(dûe à l'obligeance de M. Devic.)

Aug. M..., 18 ans, entrée le 9 juin 1902, décédée le 14 novembre 1902.

Père mort à 52 ans probablement de néoplasme de l'estomac. Mère morte de néoplasme utérin. Un frère mort en bas âge, deux frères bien portants. Deux sœurs bien portantes, une sœur atteinte probablement de salpingite.

Réglée à 12 ans, sans aucun symptôme grave. Placée comme domestique, d'abord dans l'Isère, puis à Lyon, à l'âge de 15 ans. En novembre 1899, probablement grenouillette sublingale s'accompagnant de kyste sous-maxillaire ou de ganglion suppuré, incisé, dont on voit encore la cicatrice.

Elle se plaint de points de côté siégeant surtout du côté gauche en avant et dans le dos. Pas de toux, pas d'expectoration, au moins au début.

Toux fréquente vers le 1^{er} janvier 1902. Expectoration muco-purulente. Toux parfois émetisante. Dyspnée de plus en plus grande. Inappétence, puis anorexie.

La malade a des pertes blanches continuelles depuis le mois de janvier. Néanmoins, les règles sont assez régulières. Peu d'amai-grissement.

A l'examen, sublimité légère dans la fosse sus épineuse du côté gauche. Craquements secs au sommet. Murmure vésiculaire normal à la base et dans tout le poumon droit.

En avant, respiration saccadée avec quelques craquements secs.

Dyspnée toujours vive. Expectoration muco-purulente.

Abdomen. — Paroi de l'abdomen tendue, résistante, rénitente, rendant l'examen des viscères difficile.

Température à l'entrée : 38,5.

14 juin. — Obscurité très marquée à la base gauche. En outre, nombreux râles muqueux confluents s'entendant jusque dans l'aiselle. Température 39,1 à 11 heures du matin. Évolution des lésions jusqu'au mois de septembre. Poussée d'herpès labial vers le 15 septembre.

Octobre. — En octobre, la malade se plaint de douleurs dans le coude gauche. Les phénomènes cavitaires sont très marqués sous la clavicule gauche. Bruit de pot fêlé sous la clavicule gauche.

Depuis quelques jours, phénomènes de péritonite très nets : douleurs abdominales, ballonnement énorme et exitus le 14 novembre 1902.

Autopsie. = Poids des organes : Cœur 160 gr.;

Poumon droit 580 gr.; gauche 810 gr.

Foie 1930 gr.

Rate 180 gr.

Reins droit 120 gr.; gauche 170 gr.

À l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ 2 l. de liquide citrin. Les anses intestinales sont agglutinées très légèrement entre elles par des exsudats récents et sur plusieurs points se voient des traces d'ulcérations intestinales.

Ganglions du mésentère volumineux et à peu près tous caséux. Au niveau de l'angle iléo-cæcal, ils forment une masse plus volumineuse qu'ailleurs. Ulcérations intestinales très nombreuses affectant la forme des ulcérations typhiques (parallèles à l'insertion mésentérique). Le cæcum, dans sa totalité, est transformé en une vaste ulcération.

Poumon droit. — Symphise pleurale incomplète, petites cavernules dans le lobe supérieur.

Poumon gauche. — Symphise à peu près complète, moitié supérieure du lobe supérieur détruite, semis de granulations dans le lobe inférieur.

Aorte. — Extrêmement petite, pas traces d'athérome.

Cœur. — Petit, myocarde pâle, péricardite très marquée, masse caséuse à l'union des deux substances dans le rein droit.

Trompes. — Énormément dilatées, déformées, presque méconnaissables et remplies de pus caséux.

M. le professeur Devic a eu l'obligeance de nous communiquer la statistique suivante. Sur 77 autopsies de femmes tuberculeuses, présentant des cavernes, M. Devic a eu 3 cas de salpingite tuberculeuse. Ces cas ne furent découverts qu'à l'autopsie. Le diagnostic n'avait pas été fait pendant la vie, ces malades n'ayant pas été touchées. Toutes présentaient des ulcérations intestinales ou de la péritonite bacillaire plus ou moins marquée.

OBSERVATION XII (inédite)

(dûe à l'obligeance de M. Devic)

P., Marie, âgée de 39 ans. Père mort de fluxion de poitrine à 48 ans.

Mère vivante et bien portante. Deux sœurs atteintes d'aliénation mentale. Quatre frères ou sœurs en bonne santé.

Règlée à 16 ans. Mariée et mère de six enfants, dont quatre sont morts en bas âge de convulsions. Le mari est un tousseur qui a eu des hémoptysies à diverses reprises et de plus un éthylique certain. La malade a toujours été délicate, obligée de prendre un peu d'arquebuse avant de se rendre à son travail.

A diverses reprises, elle eut des poussées rhumatisantes. A 15 ans, séjour à Ste-Blandine pour une arthrite double du genou. Pleurésie gauche, il y a 5 ans, au cours de laquelle on retira par thoracentèse un litre de liquide purulent, au dire de la malade.

Depuis sa pleurésie, la malade commence à tousser et à perdre ses forces.

Elle eut des bronchites successives et des hémoptysies.

De plus, elle aurait toujours accusé des troubles génitaux. Les époques auraient toujours été pénibles, douloureuses. Depuis dix mois d'ailleurs, elles n'auraient pas reparu.

A l'examen, facies amaigri, pâle. Cicatrices ganglionnaires au cou à gauche.

Abdomen tendu, muscles de la paroi contractés. On constate à pre-

mière vue une éventration de la ligne blanche; la palpation est impossible, en raison de la tension musculaire.

Aux poumons, submatité en arrière et à gauche. Murmure très obscur sur toute la hauteur du poumon gauche. Gros râles muqueux à droite dans la fosse sus épineuse. Signés évidents de cavernes.

Urines : un peu d'albumine, température 40° à l'entrée.

Mort le 3 janvier 1902.

Autopsie : Un peu de liquide dans le péricarde, sans exsudats. Point de liquide dans la plèvre. Difficulté à décortiquer la plèvre pariétale gauche.

Cœur petit, un peu de surcharge graisseuse. Pas d'endocardite ancienne ou récente.

A l'ouverture de la cavité abdominale, ce qui frappe, c'est la présence de pus dans le petit bassin, avec épaissement très marqué du péritoine pariétal. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles. On a une certaine difficulté pour les séparer. De plus, on observe en divers points de petites masses irrégulières, arrondies, formant comme un semis de granulations blanchâtres, de volume variable, et siégeant sur les points du péritoine qui paraissent former les adhérences des anses intestinales entre elles. Les petites masses péritonéales en imposent à première vue pour des granulations néoplasiques.

Aucune ulcération intestinale (intestin ouvert dans toute sa longueur). Dans le petit bassin, on trouve une poche à parois épaisses limitée par l'utérus en avant, le rectum en arrière, cloisonnée et remplie de pus, englobant les trompes et les ovaires, mais les trompes sont remplies toutes deux de matières caséeuses; elles sont augmentées de volume et sinueuses.

Poumon gauche : Symphise pleurale le long du bord postérieur.

Cavernes de la moitié supérieure du lobe supérieur.

Dans le reste du poumon, semis de granulations relativement récentes.

Poumon droit : Adhérences pleurales moins étendues qu'à gauche.

Au lobe supérieur, cavernes beaucoup plus étendues

qu'à gauche.

Pas de granulations anciennes ou récentes dans les reins.

Périhépatite et périsplénite très marquées.

Poids des organes :

Cœur 250 gr.

Poumons : droit 780 gr. gauche 720 gr.

Foie 1480 gr.

Rate 240 gr.

Reins droit : 110 gr. gauche 115 gr.

OBSERVATION XIII (inédite).

(Dûe à l'obligeance de M. Devic).

G. M..., 34 ans, entrée le 21 juin 1904, sortie le 2 juillet 1904.

Deuxième séjour ; entrée le 24 Octobre 1904, décès le 19 novembre 1904.

Diagnostic : Bacillose pleuro-pulmonaire.

Épanchement pleural de la base gauche.

Deuxième pleurésie droite, épanchement notable.

Tuberculose intestinale. Péritonite bacillaire. Ulcération de l'épiglotte.

La malade entre à l'hôpital parce qu'elle se plaint d'un point de côté.

Père mort à 46 ans ; il était alcoolique et est resté très peu de temps malade.

Mère vivante âgée de 62 ans, bien portante.

Quatre frères ou sœurs : un frère mort à quinze jours ; trois sœurs vivantes âgées de 26 ans, de 29 et de 31 ans.

Personnellement, réglée à 11 ans, très régulièrement ; les règles duraient 4 jours. Il y a deux mois que le malade n'a rien vu.

Mariée à 21 ans. Ni enfants, ni fausses couches.

Elle n'aurait jamais été malade sans une chute dans les escaliers qui lui a laissé des cicatrices sur l'aile gauche du nez.

Elle avait un fort appétit, digérait bien. Elle n'était pas une toussieuse. L'affection actuelle remonte à deux mois et demi. Depuis cette époque, l'appétit a diminué. La malade aurait beaucoup maigri, mais ne s'était jamais pesé. Elle se sentait un peu moins forte.

Il y a un mois, elle ressentit un point douloureux qui a persisté,

s'irradiant vers le sein gauche, avec un maximum sous les fausses côtes gauches. Depuis 15 jours à 3 semaines, la malade tousse un peu. Elle n'a pas de forces, elle est très essoufflée, lorsqu'elle marche ou lorsqu'elle monte un escalier. La malade a perdu l'appétit ; elle rejette facilement, dès qu'elle les prend, des aliments peu digestes. La malade va à peu près tous les jours à la selle.

Elle urine assez abondamment, elle se lève deux fois la nuit pour uriner.

Actuellement, on est en face d'une femme d'embonpoint notable, au facies assez coloré. Température : 38 — 38,1 — 37,6.

Urines claires, sans sucre, ni albumine.

Pas d'œdème.

Toux peu fréquente. Expectoration modérée.

Poumons. Le sommet droit est submate en avant et en arrière.

La base gauche (quart inférieur) est franchement mate. On a la sensation de flot, bien qu'elle ne soit pas très accusée.

A l'auscultation, *en avant*, le murmure respiratoire est très pur à gauche.

A droite, il est plus rude ; on a dans toute la hauteur quelques runcus et quelques bruits secs peu éclatants semblent accusés sous la clavicule. Léger retentissement diffus de la toux.

En arrière, au sommet droit, petits bruits secs assez éclatants. Au niveau du hile, la respiration est très soufflante ; il y a peu de retentissement de la toux. Nombreux râles muqueux inspiratoires assez fins.

Au sommet gauche, petits bruits secs peu éclatants.

A la base gauche, dans le quart inférieur, obscurité marquée ; après la toux, râles bullaires peu nombreux.

Sous l'*aisselle*, au dessous de la mamelle et en avant, frottement léger, mais très net, s'entendant beaucoup mieux au stéthoscope qu'à l'oreille.

Cœur : pointe non localisable. Bruits réguliers bien frappés.

Pouls normal.

Abdomen, rien à noter. Légère douleur à la pression sous les fausses côtes gauches. Pas de clapotage stomacal.

Foie : matité descendant de deux travers de doigt, rebord assez nettement perceptible.

Pas de ptose rénale nette.

23 juin 1904. Examen radioscopique : en arrière, sommet gauche légèrement gris. Sommet droit et milieu du poumon gris. Les oreillettes débordent un peu à gauche.

En avant et à gauche, pleurésie occupant le tiers inférieur du poumon, expliquant la dextrocardie.

27 juin 1904. — On retire par la ponction du liquide citrin avec beaucoup de facilité.

2 juillet 1904. — Etat stationnaire. .

Deuxième séjour. Entrée le 24 octobre 1904. La malade a travaillé d'une façon intermittente, dès sa sortie de l'hôpital. Elle rentre pour de la toux et des troubles digestifs. La malade est notablement amaigrie ; le thorax est allongé dans le sens vertical et aplati dans le sens antéro-postérieur. Les côtes et les omoplates font saillie sous les téguments.

Aux poumons : On constate dans toute l'étendue des deux poumons, en avant comme en arrière, des râles de bronchite prédominants au sommet et surtout au sommet droit. A ce sommet, au niveau de l'épine de l'omoplate, au voisinage de la colonne, on constate en même temps que les râles sibilants et ronflants des signes cavitaires nets : souffle caverneux assez intense, gargouillement. A la palpation, exagération des vibrations vocales ; matité.

A la base droite, submatité et obscurité respiratoire.

Au sommet gauche, en arrière, mêmes signes qu'à droite, mais très atténués et paraissant n'être que la propagation de ceux perçus à droite.

A la base gauche, il persiste de la matité à la percussion. Cependant, la respiration s'entend dans toute l'étendue du poumon et jusqu'à l'extrême base, on perçoit des râles sibilants.

La toux est très fréquente et donne à la malade d'incessantes nausées sans vomissements toutefois. Elle s'accompagne d'une expectoration abondante de crachats purulents, nummulaires, qui nagent au sein d'un liquide muqueux, très spumeux.

Appareil digestif : Appétit complètement nul et difficulté des digestions.

Pas de signes de dilatation stomacale, pas de coliques intestinales.

Pas de douleurs à la palpation profonde de l'iléon, du cœcum ou du colon. Pas de diarrhée, plutôt constipation. Léger météorisme.

Le foie paraît hypertrophié; il dépasse d'environ 4 à 5 travers de doigt le rebord costal. Il n'est pas sensible à la pression.

Au cœur, rien à noter.

Pouls petit, à 120.

Température : oscillations entre 38 et 39 (quelquefois type inverse).

Examen radioscopique du 28 octobre 1904 : Au sommet, en avant, poumon droit gris, sinus costo-diaphragmatique opaque ; à gauche, sommet gris, sinus libre. En arrière, léger épanchement à la base droite.

Le cœur est d'un volume moyen.

Ponction exploratrice. — On retire un verre du liquide citrin, très clair à la base droite.

Autopsie du 21 novembre 1904 : Poids des organes :

Cœur 250 gr.

Poumons droit: 910 gr.; gauche 980 gr.

Foie 2330 gr.

Reins droit: 140 gr.; gauche 140 gr.

Rate 230 gr.

Pas de liquide à gauche. Un demi-litre à droite de liquide trouble avec exsudats très épais, stratifiés, sur les deux feuillets de la poche pleurale postéro-inférieure qui a le volume de deux poings.

Un peu de liquide dans le péritoine, adhérences très marquées des anses intestinales entre elles, périhépatite, disposition en V du colon transverse par adhérences ou brides formées par le grand épiploon, épaissi, dur et raccourci.

Ulcérations peu profondes, à fond blanchâtre, à bords plats, de la base de l'épiglotte. Rien aux cordes vocales, ni aux ventricules.

L'utérus est petit, avec des adhérences nombreuses et déjà anciennes des organes voisins, par l'intermédiaire d'un péritoine très épaissi.

L'ovaire gauche est transformé en une poche kystique du volume d'une petite noix. Le liquide qu'elle contient est jaunâtre, légèrement visqueux. Une fois écoulé, on trouve une face interne revêtue de saillies irrégulières, blanches ou rosées, laissant entre elles peu d'intervalle. La *trompe*, de ce côté, est légèrement irrégulière, dis-

tendue par un contenu semi-liquide, qui double son volume et la rend sinueuse.

La trompe droite, au contraire, plus volumineuse que l'autre, encore plus irrégulière et bosselée, a un contenu nettement caséeux.

Cœur. — Pas de péricardite. Aorte très souple. Point d'athérome. Point d'endocardite ancienne ou récente. Cœur plutôt mou.

Reins. — Plusieurs tubercules miliaires dans la substance corticale. Pas de sclérose appréciable. Pas de kyste. La substance corticale paraît simplement décolorée.

Rate. — Périspénite extrêmement marquée. Un peu volumineuse, sans déformation. Parenchyme mou, sans tubercule appréciable.

Foie. — Périhépatite très marquée. Foie très augmenté de volume, déformé, bord mousse. Tout ce qui a de plus typique comme foie gras.

Poumon droit. — Ganglions trachéo-bronchiques volumineux et caséux.

Symphise pleurale totale, sauf au niveau de la poche sus-indiquée. Le poumon est diminué de hauteur, à cause de l'atelectasie du lobe inférieur et la disposition très nette en pied d'éléphant. Le lobe supérieur est détruit presque totalement par des cavernes, plutôt de petit calibre, séparées entre elles par du tissu fibreux. Jusqu'à l'extrême base, on trouve une poussée granulique très dense. Nulle part le poumon ne crépite.

Poumon gauche. — Symphise limitée au sommet et au bord postérieur. Au sommet, grosse caverne. Tout le reste du poumon est occupé par une poussée granulique.

Intestin. — Nombreuses ulcérations tuberculeuses au niveau du cœcum et à la partie terminale de l'intestin grêle.

OBSERVATION XIV (inédite)

(dûe à l'obligeance de M. le docteur Bret)

M..., El..., âgée de 34 ans, entrée le 18 juillet 1904, sortie le 4 août 1904.

2^{me} séjour : entrée le 17 août 1904, morte le 17 septembre 1904.

Premier séjour. Diagnostic et résumé : Infiltration bacillaire bilatérale. Lésions prédominantes à gauche. Début il y a 6 mois : hémoptysie.

Père et mère morts très âgés, trois frères ou sœurs morts en bas âge, quatre autres bien portants.

La malade a eu dans son enfance la rougeole et variole bénigne.

Mariée à 23 ans, mari alcoolique, un enfant mort au bout de trois jours, pas de fausses couches.

A 23 ans, névralgie faciale très douloureuse pour laquelle la malade est soignée à l'hôpital pendant 8 jours.

Il y a six mois, la malade commença à tousser et à maigrir assez brusquement. La toux devint bientôt plus fréquente, s'accompagnant de vomissements, en même temps que l'amaigrissement s'accroissait. L'appétit était néanmoins conservé.

Actuellement, toux fréquente, émétisante. La malade ne paraît pas très amaigrie : de quatre kilogs, dit-elle.

Poumon droit ; partie supérieure, en avant et en arrière, respiration rude et soufflante, pas de râles même après les secousses de toux. En arrière, le murmure s'entend dans toute la hauteur ; de plus, depuis l'extrémité interne de la crête de l'omoplate jusqu'à l'extrême base, suivant une ligne continue parallèle à la colonne vertébrale. on perçoit des craquements fins, très confluent ; en dehors de cette zone, çà et là, quelques craquements plus discrets.

Poumon gauche : en avant, légère diminution de sonorité sous la clavicule ; en arrière, sonorité un peu diminuée dans la moitié supérieure et dans le tiers inférieur, tympanisme très marqué. A l'extrême sommet, dans les respirations normales, le murmure est rude, sans accompagnement de râles, mais ceux-ci apparaissent avec un caractère de gargouillement dès que la malade tousse. Dans la moitié gauche de l'espace interscapulaire, respiration soufflante, gros craquements humides, très nombreux. En avant, sous la clavicule, craquements humides.

Le début de la maladie remonterait à 6 mois, c'est-à-dire au mois de janvier dernier. Hémoptysie il y a 2 mois. Toux émétisante. L'appétit est bon. Lenteur de la digestion. Essoufflement après les repas. Parfois vomissements spontanés. Expectoration purulente et abondante.

26 juillet 1904. Depuis samedi, la malade accuse des douleurs spontanées très vives ; elle les localise à la partie inférieure, du côté droit de l'abdomen, dans la fosse iliaque droite, avec irradiations dans la région lombaire et sensation de constriction abdominale. Le ventre est manifestement augmenté de volume et tendu. Il y a une voussure manifeste de la région hypogastrique et de l'hypochondre droit et en même temps une saillie anormale de la partie sous ombilicale de l'abdomen. A la palpation, sensation de tension et de résistance très accusée dans ces points ; de plus, douleur à la pression très localisée au point de Mac Burney et dans toute la région cœcale. La palpation profonde de la région hépatique et de l'épigastre ne réveille pas les douleurs, mais donne une sensation de tension manifeste.

A la percussion, matité sur une hauteur de 3 travers de doigt au dessous du rebord costal droit ; matité dans la partie interne du triangle épigastrique. Matité dans la région cœcale et même dans la partie inférieure de la région hypogastrique. Le foie ne semble pas néanmoins augmenté de volume.

En résumé, les modifications de l'abdomen sont les suivantes : voussure, tension des parties molles au niveau de l'hypochondre droit et dans la fosse iliaque droite ; douleur à la pression dans une région ayant pour centre le point de Mac Burney ; pas de vomissements, pas de diarrhée, selles quotidiennes et normales.

Pas d'épanchement dans la plèvre droite ; à l'extrême base droite, obscurité de la respiration.

28 juillet 1904. — La malade est apyrétique depuis hier. Jusqu'ici la température s'était maintenue entre 38 et 39. En 24 heures, elle est redevenue normale ; les douleurs abdominales ont disparu ; la palpation du ventre ne provoque aujourd'hui aucune douleur. La pression profonde au point de Mac-Burney est absolument indolore. Cependant le ventre reste tendu ; on a une résistance manifeste de la paroi dans la fosse iliaque droite et, à la percussion, la matité se prolonge au-dessous du rebord costal sur une étendue de cinq travers de doigt. Il ne semble pas cependant que cette zone de matité réponde à un développement anormal ou à un abaissement du foie. La langue est blanche, saburale, humide. Les signes pulmonaires de l'entrée persistent.

2^e séjour : du 17 août au 17 septembre 1904.

Diagnostic : Pneumothorax.

La malade est sortie le 8 août, se sentant bien. Depuis quelques jours, elle a perdu l'appétit et ses forces, Elle ne tousse ni ne crache davantage.

A son entrée, la température est de 37,8; la malade semble avoir beaucoup maigri.

A l'auscultation, à gauche, dans la fosse sus-épineuse, respiration caverneuse et râles caverneux; dans la moitié inférieure de ce poumon, pluie de râles humides, bulleux, inspiratoires.

A droite, dans la fosse sus-épineuse, râles humides inspiratoires.

En avant sous la clavicule gauche, râles humides après la toux; à droite, souffle caverneux et râles éclatants.

16 septembre 1904. — La malade a quitté l'hôpital pendant deux jours pour déménager. A sa rentrée, elle est un peu plus oppressée qu'à sa sortie et à l'examen des poumons, on constate à la base gauche à la percussion de l'exagération de la sonorité avec diminution des vibrations. De ce côté, on entend à l'auscultation : fosse sus-épineuse, souffle caverneux intense, mais accompagné de fort peu de râles; dans la fosse sous-épineuse, les râles augmentent et donnent du gargouillement; à la partie inférieure de la fosse sous-épineuse et jusqu'à la base, on entend un souffle amphorique intense sans tintement métallique et à ce niveau on constate aisément un bruit d'airain,

17 septembre 1904. — Hier soir la malade a eu une éruption très nette d'urticaire à la face, aux bras et sur la poitrine.

19 septembre 1904. — La malade est morte avant-hier soir à minuit sans rien présenter d'anormal.

Autopsie. — Poids des organes :

Cœur. 200.

Poumons : droit 770. gauche. 960.

Rate. 140.

Reins ; droit 135. gauche. 130.

Foie. 1150.

Pyopneumothorax occupant la moitié inférieure de la cavité pleu-

rale gauche. Siège de la perforation ; milieu de la face antérieure du lobe inférieur à 3^m environ du point de réflexion de la plèvre pariétale sur le poumon.

Poumon gauche infiltré dans sa totalité de groupes de nodules caséeux, la plupart en voie de ramollissement. La partie supérieure du poumon est occupée par une vaste caverne à prolongements multiples, anfractueux ; la plupart de ces cavités sont superficielles, ne sont limitées en certains points que par une épaisseur de plèvre de quelques millimètres.

Le poumon droit est infiltré dans sa presque totalité, sauf la base (tiers du lobe inférieur) ; nodules caséeux très confluent et petites cavernules du sommet.

Adhérences fibrineuses reliant en une masse unique l'appendice, le cæcum, la trompe et l'ovaire du côté droit. Les parois de la trompe sont épaissies. Elle forme un cordon induré, moniliforme dans ses parois, et présente une infiltration caséuse très nette. Autour de ces organes, on trouve une collection purulente qui plonge dans le petit bassin.

L'utérus, indépendant, ne présente pas de lésions tuberculeuses.

OBSERVATION LIX

(Spœth., thèse, Strasbourg, 1885).

Marie K..., 26 ans. Antécédents tuberculeux. Bonne santé dans l'enfance. Réglée à 13 ans, d'une façon régulière. Douleurs de reins fréquentes.

A 20 ans, a eu un enfant, mort à 6 mois de convulsions. Grossesse et suites de couches normales, la malade avait souvent de violentes hémorragies. Il y a 3 ans, la malade fut soignée à l'hôpital pour une pérityphlite et guérie au bout de 14 jours ; depuis ce moment, il subsiste de la constipation.

Depuis deux mois, le volume du ventre de la malade s'est accru ; douleurs violentes dans les reins. Il y a huit jours, frisson et ensuite fièvre. Règles régulières. Pas de douleurs de tête. Toujours constipée.

Reçue à la Clinique, en avril 1884 : Assez grande femme, un peu amaigrie ; le matin apyrétique ; le soir, 38 ; pouls, 80, calme et régulier. Langue chargée. Muqueuses assez bien colorées.

Rien de particulier aux poumons. Pointe du cœur dans le 4^{me} espace : à la pointe et dans les gros vaisseaux, bruits anémiques.

Rien du côté du foie, ni de la rate. Matité splénique petite.

Ventre très proéminent, mais mou, matité dans les parties déclives. Fluctuation assez nette. La matité se déplace dans les changements de position de la malade.

A l'examen, portio (museau de tanche), assez long. Fond de l'utérus attiré à droite et en arrière, entouré et fixé par de vieilles adhérences. Périométrite chronique du côté droit et périéritérite. Urines sans albumine..

Température, le soir, 38, 6. Insomnie à cause de violentes douleurs des reins.

9 V. — Violentes douleurs dans le ventre. Respiration courte et superficielle. Toux sèche. En arrière à droite du thorax, matité jusqu'à la pointe de l'omoplate ; le même, obscurité du murmure vésiculaire.

A l'examen interne, tous les organes du bassin sont descendus à cause de la pression de l'ascite ; corps de l'utérus attiré à gauche et à droite ; en arrière, un corps ovale, sensible et très élastique se laisse sentir. Exsudat dans toute la cavité abdominale ; ovaire droit manifestement enflé (menstruation commençante).

Température, le soir, 39, 1. Insomnie à cause de violentes douleurs de reins.

17 V. — Ponction de la moitié droite du thorax ; on retire un liquide en petite quantité contenant des cellules lymphatiques, des globules sanguins et quelques grandes cellules rondes avec un très grand noyau ovale.

Comme la malade allait plus mal de jour en jour et qu'elle perdait des masses verdâtres, on décida une laparotomie : toilette, narcose. Un liquide d'abord clair, puis jaune s'écoule. Péritoine très épais, hyperémié. Sur son feuillet pariétal, comme sur l'intestin, noyaux blanchâtres qui ne donnent pas l'aspect de vrais tubercules, mais plutôt de dépôts de péritonite chronique.

Les deux trompes transformées en tumeurs épaisses, en forme de vers. L'utérus est délivré péniblement de ses adhérences et on enlève les deux trompes. Les parois sont épaissies, surtout au niveau du pavillon. Dans leur lumière, on trouve un contenu qui rappelle

une tumeur maligne, mais la séreuse montre nettement en certains points la disposition en cellules géantes et cellules épithélioïdes à la périphérie. Tubercules dans la musculaire. Muqueuse ulcérée.

Dans le courant du mois de mai, pleurésie ; liquide jaunâtre, un peu trouble, qui se reproduit plusieurs fois.

À la fin de mai, diarrhée tenace qui fait songer à la tuberculose intestinale. Dans le courant de juin, pertes purulentes, très fétides, par le vagin dans lesquelles on ne trouve pas de bacilles de Koch.

Mort de septicémie le 30 juillet.

À l'autopsie, utérus enveloppé d'adhérences : ulcérations sur le côté gauche de l'utérus, petits noyaux au niveau de la muqueuse, nombreux et ramollis.

Tuberculose pulmonaire en évolution.

OBSERVATION LXI

(Kelly, John, Hopk. Posp. Rep. Baltimore 1890. Vol. II, p. 201)

TUBERCULOSE DE LA TROMPE DE FALLOPPE ET DU PÉRITOINE.

TUMEUR OVARIENNE

Ablation des ovaires et de la trompe de Fallope avec drainage suivie de guérison. Démonstration du bacille tuberculeux dans les coupes de la trompe par M. Howard.

Bu... 42 ans, mariée à 19 ans et avait eu 8 enfants ; le plus âgé a 17 ans et le plus jeune 5 ans. Elle avait eu après son 6^e enfant une fausse couche à 4 mois qui succéda à l'extraction d'une dent sans anesthésie. Son dernier enfant demanda un travail laborieux ayant nécessité l'application d'un forceps faite après 48 heures de travail inutile. Depuis cette époque, la malade s'est mal portée. La menstruation se produit tous les 16 jours. Elle est abondante, parfois presque jusqu'à la syncope. Elle a passé la plupart du temps couchée au lit.

Il y a un an, elle remarqua pour la première fois une petite tumeur dans le bas-ventre du côté gauche. Cette tumeur augmenta jusqu'à l'époque actuelle, où l'on sent une masse distincte aussi grosse qu'une tête d'adulte située au fond de l'aîne gauche.

Elle se plaint maintenant de douleurs dans les reins et dans le dos. Elle prend des pleurésies chaque hiver et tousse constamment.

Sa mère est morte à 40 ans d'une hémoptisie. Un des enfants est mort à 15 mois avec des convulsions. Les autres sont vivants et en bonne santé.

L'examen de l'urine ne montre rien d'anormal et on ne trouve pas de bacille tuberculeux dans les crachats.

Opération — 18 octobre 1889 : Après antisepsie ordinaire, l'abdomen fut ouvert par une incision de 4 c/m et environ 1 l. de sérosité jaune s'échappa et se coagula au contact de l'air.

La tumeur, un kyste multiloculaire ovarien gauche, fut ponctionnée, transfixée avec des ligatures en soie, sectionnée et enlevée, après séparation d'avec de nombreuses adhérences très serrées avec le fond de l'utérus. L'ovaire droit était aussi gros qu'un citron, la trompe soudée sur sa surface externe était couverte de tubercules miliaires. Le péritoine pariétal et viscéral, ainsi que la grosse tumeur, étaient aussi parsemés de tubercules. L'intestin grêle en était tapissé en beaucoup d'endroits. Un tube de drainage en verre fut mis dans le pelvis à la partie inférieure de l'incision et celle-ci fut suturée.

Le jour suivant, l'abdomen était plat, une grande quantité de sérosité sanguinolente fluide avait coulé du drain. La malade vomissait fréquemment. On lui ordonna néanmoins une nourriture fortifiante. Le 2^e jour, l'écoulement avait cessé et le drain fut enlevé. L'état général était excellent. Le 19^e jour, elle quitta le lit.

L'examen microscopique des crachats était encore négatif. Pas de signe de tuberculose pulmonaire en évolution. Adhérences pleurales. La malade fut soulagée et n'eut pas de rechute.

Examen anatomo-pathologique. — L'ovaire gauche contient un grand kyste multiloculaire de la grosseur d'une noix de coco, avec un contenu clair, gélatineux. Un des petits kystes du milieu contient une petite excroissance papillomateuse.

Sur l'ovaire droit, il y a un kyste simple de la grosseur d'un petit citron et sur la paroi interne de ce kyste on trouve aussi deux petites excroissances papillomateuses.

A chacun de ces spécimen, des portions de la trompe étaient adhérentes. Les trompes de Fallope sont trois fois plus grosses et

plus dures qu'à l'état normal. Leur enveloppe péritonéale est soudée avec celle des ligaments larges par de très petits tubercules miliaires.

Des coupes de trompes durcies dans l'alcool montrent une infiltration intense de petites cellules particulièrement nette sous l'épithélium qui est en partie détruit. La lumière de la trompe est dilatée et les petits cryptes de la trompe sont remplis en partie de détritux granuleux, de pus et de cellules épithélioïdes. L'infiltration de petites cellules s'étend à travers la couche des fibres musculaires circulaires, la détruisant entièrement. Immédiatement sous le péritoine, elle est moins marquée. Il y a d'innombrables tubercules, généralement miliaires, dans cette infiltration de petites cellules. D'autres tubercules sont formés par la réunion des petits. Dans toutes ces néoformations, il y a de nombreuses cellules géantes typiques et des cellules épithélioïdes.

Quelques-uns des tubercules sont plus récents. Dans quelques-uns, il n'y a pas de caséification. Dans les plus gros, il y en a un peu.

Des coupes de la trompe colorées à la fuchsine phéniquée, examinées pour la recherche des bacilles tuberculeux, les montrent en petit nombre dans le voisinage des cellules géantes ; environ un bacille peut-être dans chaque coupe.

Les tubercules les plus avancés, et dans lesquels la caséification commence, s'étendent à l'intérieur des trompes. Cela montre que les trompes étaient le début de la maladie. De ce point, l'infection s'étendit et envahit le péritoine avoisinant.

OBSERVATION LXIII

(Amer., Journ., of. Obst., 1894. — Penrose et Beyea)

R. W. américaine, 36 ans, célibataire, couturière, entrée à l'hôpital en novembre 1893. Premières règles à 12 ans, toujours régulières jusqu'en janvier 1893, toutes les trois semaines et durant en moyenne 2 à 3 jours. De janvier à mars 1903, hémorragies utérines presque continues (tous les 2 ou 3 jours), mais depuis ce moment jusqu'au 1^{er} septembre, absence des règles.

Le 1^{er} septembre, elle commença de nouveau à perdre et l'hémorragie fut si abondante que la malade dut garder le lit. Elle aurait eu une hémorragie toutes les trois semaines et des pertes légèrement colorées dans l'intervalle.

Vers le milieu d'avril 1893, elle commence à se plaindre de douleurs dans la fosse iliaque gauche, le dos et les cuisses et du 15 avril au 5 juin, elle est confinée au lit par des douleurs dans la fosse iliaque gauche. Trois semaines avant l'entrée, douleurs moindres et amélioration énorme. En mai, cystite aiguë, douleurs dans la région hypogastrique, mictions fréquentes et douloureuses. Après un mois de traitement, les symptômes disparaissent à peu près, mais de temps à autre mictions fréquentes et douloureuses, surtout la nuit. Elle a de pénibles maux de tête et à l'entrée à l'hôpital, elle est très anémique.

Légère leucorrhée, selles régulières. La malade a toujours été délicate et incapable de tout travail pénible. Elle a eu les maladies habituelles de l'enfance : scarlatine, pneumonie il y a 10 ans, fièvre typhoïde il y a 4 ans. Etant enfant, elle fut sujette à tousser jusque 4 ans.

Comme antécédents héréditaires, père et mère vivants. mère atteinte de ramollissement cérébral. Cinq sœurs et quatre frères vivants. Deux sœurs malades, une de mal de Bright, une de cardiopathie ; toutes les autres sœurs sont délicates, une ayant eu une tumeur blanche avec ostéite du fémur.

L'examen vaginal montre une augmentation de volume de l'utérus et une petite masse kystique dans la région ovarienne gauche. Les annexes sont adhérents. On trouve des streptocoques dans l'écoulement précédant l'opération.

Laparotomie 23 novembre : Kyste de la taille d'une boule attaché à l'ovaire gauche. Deux trompes fermées, agrandies, de la taille d'un petit tube à culture et adhérentes de partout.

L'utérus contient dans sa paroi antérieure un petit fibrome sous-muqueux. Kyste, trompes et ovaires sont enlevés avec une difficulté considérable. Rupture du kyste. On fait des préparations avec le contenu tubaire pendant l'opération ; on ne trouve aucun bacille.

Pas de drainage. Convalescence sans incidents. Pas de tempéra-

ture au-dessus de 100° F. et normale constamment jusqu'au 6 décembre; alors ascension à 102°, 6 F. La malade se plaint de maux de tête et de sensation de malaise général. On remarque du sang dans les urines plusieurs fois après l'opération. La température reste irrégulière avec ascension vespérale et chute le matin, jusqu'en février.

A l'examen intra utérin, on sentit un polype intra utérin de la taille d'une noisette à travers l'orifice externe. Le polype fut enlevé et la convalescence s'effectua sans symptômes graves jusqu'à la sortie de l'hôpital le 12 Février.

La plaie abdominale, après réunion par première intention, trois semaines après l'opération, s'ouvrit sans suppuration marquée et guérit très lentement par bourgeonnement.

Examen du sang fait 10 jours après l'opération montre les globules rouges réduits à 50 %, l'hémoglobine à 45 %. Au début de janvier, globules rouges 80 %, hémoglobine 75 %.

Elle quitte l'hôpital très améliorée; anémie presque disparue.

Examen de la poitrine pratiqué plusieurs fois pendant le séjour toujours négatif, aucun signe de tuberculose.

Examen macroscopique des pièces. — Trompes et ovaires des deux côtés, le kyste ayant été déplacé. Trompe gauche tortueuse, longue de 10 c/m., adhérences épaisses détruisant son péritoine; augmentation générale de volume, surtout au niveau du tiers externe. Orifice abdominal fermé. Consistance dure. Hypertrophie de la couche musculaire. Lumière oblitérée sauf au 1/3 externe, contenant une petite quantité de pus épais ou de caséum; macroscopiquement, aucun tubercule miliaire à la surface de section. Mésosalpinx complètement oblitéré, ovaire en rapport immédiat avec la trompe. Adhérences de l'ovaire augmenté de volume; à la coupe, follicules peu développés.

La trompe droite environ de la même taille et longueur que la gauche; adhérences épaisses et dures. Lumière intacte. Orifice abdominal fermé. Ovaire analogue à celui de gauche. Mésosalpinx oblitéré. Aucun tubercule à la surface péritonéale des trompes et de l'ovaire, ni à la coupe macroscopiquement.

Polype de la grosseur d'une noix, très dur, fibreux.

Examen microscopique. — Coupe au tiers moyen. Toute la muqueuse est infiltrée de tubercules miliaires innombrables, à tous les stades de développement. Lumière de la trompe droite apparente. Caséification de toute la muqueuse. Même état à gauche, mais lumière oblitérée et caséification plus marquée. Le plus grand nombre des tubercules miliaires présente des cellules géantes typiques et de la caséification au début, d'autres simplement des cellules épithélioïdes. En aucun endroit à gauche et en quelques endroits seulement sur la trompe droite, épithélium cylindrique normal. Quand il existe, il est toujours en rapport avec la paroi musculaire et forme une paroi d'une cavité pleine de pus. Le plus grand nombre des tubercules est entouré d'une infiltration de cellules rondes, quelquefois transformée en tissu fibreux. Au-dessous de la muqueuse, séparée de la musculuse et rarement dans la musculuse elle-même, on voit parfois de petits abcès multiples entourés d'une infiltration de cellules rondes. Musculuse hypertrophiée et infiltrée de cellules rondes. A la surface, périsalpingite chronique.

Aux deux extrémités, caséification plus marquée, nulle aux extrémités utérines. Conclusion : début au tiers externe.

Quelques tubercules dans le parovarium et dans le mésosalpinx. Les ovaires sont transformés en tissu tuberculeux. Tubercules dans l'ovaire gauche. Présence du bacille. Rien à l'utérus : polype fibreux, sans caractère de tuberculose.

Conclusion : Tuberculose miliaire chronique latente de la trompe de Fallope, localisée à la muqueuse, sauf à l'extrémité utérine.

Tuberculose chronique miliaire du parovarium et du mésosalpinx.

Petit fibrome sous-muqueux de l'utérus.

Cette femme est une personne très respectable et sur laquelle on ne peut trouver aucune indication de rapprochement sexuel. Ce semble être un cas de tuberculose diffuse primitive de la trompe de Fallope, ayant débuté dans sa partie externe.

OBSERVATION LXIV

(Penrose et Beyea)

E..., R..., américaine, 33 ans, mariée depuis 16 mois, nullipare; pas de fausse couche. Premières règles à 17 ans, régulières, d'une durée de sept jours en moyenne, jamais abondantes, mais souvent douloureuses et exigeant le séjour au lit pour un jour. Elle se plaint maintenant de douleurs dans la fosse iliaque gauche et dans le dos. Selles régulières. Bonne santé antérieure, sauf à 14 ans affection diagnostiquée ulcère gastrique. La malade a beaucoup perdu en chair et en force; elle ne pèse plus maintenant que 92 livres.

Antécédents héréditaires négatifs, sauf tante paternelle morte de tuberculose pulmonaire.

Etat de la malade avant l'opération: faiblesse générale, mal au dos, double douleur ovarienne.

A l'examen vaginal, utérus en rétroflexion, fond adhérent; trompes et ovaires adhérents.

Laparotomie, le 27 novembre 1893: Utérus en rétroflexion à angle aigu. Trompes et ovaires abaissés par des adhérences. Les annexes sont enlevés des deux côtés et l'abdomen fermé sans drainage. Convalescence sans interruption. Réparation rapide des forces. Légères douleurs dans la fosse iliaque droite.

Aucun signe pulmonaire de tuberculose.

Examen macroscopique: Trompes et annexes des deux côtés.

Trompe gauche 7 c/m. 5 de long, couverte d'adhérences épaisses, à peu près normale de taille, 5 à 7 m/m. de diamètre. Lumière petite, presque oblitérée en plusieurs points, la trompe étant convertie en corde musculo-fibreuse. Orifice abdominal fermé, mésosalpinx très raccourci.

La trompe droite mesure 8 c/m., couverte d'adhérences épaisses, orifice absolument fermé. Le tiers externe est le siège d'un vieil hématosalpinx. A la coupe, consistance très dure. A la coupe de l'hématosalpinx, petits points de calcification. En plusieurs points de l'extrémité utérine, la lumière était de la taille d'une pointe ou

d'une tête d'épingle ; elle est souvent invisible du côté de l'hématosalpinx. Mésosalpinx oblitéré. Ovaires petits, couverts d'adhérences et siège d'un petit kyste, mesurant 2, 5 à 3, 5 dans les différents diamètres.

Aucune trace de tuberculose à l'examen macroscopique.

Mésosalpinx oblitéré. — Ovaires petits, couverts d'adhérences et siège d'un petit kyste, mesurant 2,5 à 3,5 dans les différents diamètres.

Aucune trace de tuberculose à l'examen macroscopique.

Examen microscopique. — Dans toutes les coupes de la trompe gauche, musculuse très épaissie, infiltrée par places de petites cellules rondes et, en approchant de la lumière, de tubercules miliaires avec infiltration de cellules épithélioïdes entre les fibres musculaires. Tissu musculaire encore prédominant. Tubercules souvent entourés de cellules rondes et de tissu fibreux. Quand une partie de la muqueuse avec épithélium cylindrique persiste, le stroma est infiltré de tubercules miliaires contenant rarement une cellule géante et jamais de commencement de caséification. Quelques petits abcès dans la paroi tubaire sous la muqueuse détruite. Dans la trompe tuberculeuse, processus plus étendu au tiers externe s'étendant en dedans jusqu'à 1 c/m de l'extrémité proximale où on ne peut trouver de tissus tuberculeux.

La coupe du tiers utérin de la trompe droite donne le même aspect que du côté opposé, sauf oblitérations fréquentes de la lumière par du tissu fibreux et en d'autres endroits, divisions en 2 portions par du tissu fibreux traversant la section. Au voisinage de l'hématosalpinx, petits foyers de caséification.

Coupe au 2/3 externes : hématosalpinx, lumière remplie de sang dégénéré avec larges zones de calcification. Parois fibreuses, avec tubercules miliaires et points calcifiés.

Coupe du parovarium : quelques tubercules miliaires contenant soit une cellule géante, soit un foyer de calcification, ou entièrement composés de cellules épithélioïdes.

Plusieurs coupes de chaque ovaire montrent des kystes folliculaires, mais pas de tissu tuberculeux. Pas de bacilles sur vingt coupes.

Conclusion : Tuberculose fibreuse de la trompe avec dégénérescence calcaire de la trompe droite et du parovarium.

Hématosalpinx aux 2/3 externes de la trompe droite.

Simple kystes folliculaires aux ovaires.

Ce cas semble être un cas de tuberculose primitive chronique, fibreuse, de la trompe droite.

OBSERVATION LXX.

(Penrose et Beyea)

E. P..., américaine, 30 ans, mariée il y a trois ans, nullipare, pas de fausses couches. Premières règles à 16 ans, toujours régulières, durant 3 jours, ni douloureuses, ni abondantes. Elle présente des troubles depuis 8 ans : douleurs dans la fosse iliaque et le dos. Un mois avant l'apparition des douleurs, elle eut un écoulement vaginal abondant, avec mictions fréquentes et douloureuses. Douleur de la fosse iliaque droite et le dos, continue jusqu'à l'opération, avec paroxysme. Selles régulières. Pas de leucorrhée, pas de symptômes urinaires. Température, pouls et respiration normales depuis l'entrée à l'hôpital.

La malade était petite et pauvrement nourrie. Dans son histoire, affection de la hanche du côté droit dans l'enfance. A l'entrée, pas d'ankylose, mais aplatissement marqué de la fesse droite comparée à la gauche et asymétrie du côté droit du bassin. Tuberculose probable de la hanche droite. Mère et père vivants, en bonne santé. deux cousins morts de tuberculose. Mari délicat toussant depuis trois ans, niant toute maladie vénérienne.

A l'examen vaginal, masse kystique du côté droit en arrière de l'utérus. Diagnostic : Kyste du ligament large.

Cæliotomic, 16 janvier : L'épiploon fut trouvé adhérent, couvrant le contenu pelvien. Le gros intestin était attaché par des adhérences épaisses à la face supérieure du ligament large droit. Kyste de la taille d'une tête de fœtus dans la fosse iliaque droite, développé entre les couches du ligament large, adhérents à tous les organes voisins et à la concavité sacrée. Il fut énucléé avec une extrême dif-

ficulté et rompu durant l'opération. Il s'en écoule environ une pinte de liquide jaune paille. Du côté gauche, trompe et ovaire sont augmentés de volume et adhérents. Trompe, ovaires, paroi kystique et adhérences sont enlevés. Le ligament large droit est partiellement suturé. Le siège du kyste est drainé par un tube de verre. Convalescence de 10 jours sans incidents. Pas de température au dessus de 101, 6 F. Le drain est enlevé deux jours après l'opération. Le 20 janvier, la température devient irrégulière avec ascension le soir et chute le matin. Elle commence à se plaindre, de douleurs externes sur la hanche droite et sur la face antérieure du genou.

La température, du 26 janvier au 10 mars, est irrégulière, quelquefois restant normale pendant 4 ou 5 jours et montant ensuite à 102° F.

Douleur continue, mais à part ce fait amélioration marquée et disparition des symptômes pelviens. A l'examen vaginal, adhérences solides du côté droit, utérus petit en position normale. Résultats négatifs à l'examen de la poitrine. Nous croyons qu'il n'y a pas de lésions tuberculeuses dans les poumons.

A la sortie de l'hôpital (fin mai,) température normale constamment et aucune indication de troubles pelviens ou abdominaux, bien qu'elle continue à se plaindre de douleurs dans la hanche et le genou droits. six semaines après la sortie elle revient à l'hôpital, se plaignant de douleurs dans la hanche et le genou droits, de faiblesse générale et d'émaciation. Examen vaginal négatif, on croit à un retour du processus tuberculeux de la hanche, latent depuis l'enfance,

Examen macroscopique. Trompe gauche augmentée de volume, surtout au 1/3 externe où dilatation kystique; occlusion de l'orifice abdominal, adhérences épaisses avec constriction partielle au tiers moyen. A la coupe, liquide clair. Lumière dilatée. Muqueuse en apparence normale. Musculature épaissie. Ovaire couvert d'adhérences et kystique. Mésosalpinx complètement oblitéré.

Pas de tubercules miliaires sur la surface, ni à la coupe de l'ovaire et de la trompe du côté droit. Trompe oblitérée, de consistance calcaire; nombreux kystes folliculaires de l'ovaire; paroi kystique mince, lisse, à sa surface interne.

Examen microscopique. A gauche, tuberculose fibreuse chronique

aux 2/3 internes, la muqueuse se trouve infiltrée de tubercules miliaires presque tous composés de cellules épithélioïdes. Epithélium cylindrique intact. Musculeuse amincie, fibres musculaires lisses fréquemment infiltrés de tissu fibreux, pas de tissu tuberculeux dans l'ovaire.

Du côté droit, muqueuse détruite et paroi composée de tissu fibreux. Présence du bacille. Ce cas est probablement un cas de tuberculose secondaire chronique fibreuse de la trompe de Fallope, la lésion primitive existant à la hanche.

OBSERVATION LVI

(Penrose et Beyea)

Entrée à l'hôpital le 30 mars 1894.

C..., américaine, blanche, 40 ans, mariée, nullipare, sans fausses couches. Premières règles à 13 ans, toujours régulières jusque deux mois avant l'entrée, durant 2 à 3 jours toutes les quatre semaines. Elles deviennent alors régulières apparaissant toutes les trois semaines et durant 5 à 6 jours. Un mois avant le changement dans les règles, elle commença à souffrir dans les 2 fosses iliaques. La douleur augmente progressivement et continue jusqu'à l'opération, augmentant au moment des règles et dans la position couchée. Constipation depuis les trois derniers mois, c'est-à-dire depuis l'apparition des premiers symptômes. Pas de leucorrhée, pas de symptômes urinaires. Température, pouls et respiration normaux pendant les 22 jours précédant l'opération.

La malade est une femme bien nourrie, pesant environ 120 livres et excepté les maladies de l'enfance et plusieurs dyspepsies, il y a plusieurs années, elle a toujours été en bonne santé. Père et mère vivants, mari en bonne santé. Deux sœurs mortes en couches. Six sœurs et un frère vivants. Une sœur a un fibrome utérin et de la dyspepsie. Une autre tousse depuis l'enfance. Les autres en bonne santé. Un oncle mort de phtisie.

A un examen soigneux, aucun signe de tuberculose.

L'examen du vagin révèle une masse dure, environ de la taille d'une

boule, derrière et du côté gauche de l'utérus. Utérus de taille normale et adhérent à la masse. Examen abdominal négatif.

Laparotomie. — 20 avril 1894 : Epiploon et péritoine pariétal soudés par place avec tubercules miliaires très petits, transparents et évidemment de formation récente. Le nombre des tubercules miliaires a progressivement augmenté en approchant du pelvis, surtout au niveau des annexes gauches. L'épiploon est adhérent à la vessie et au fond de l'utérus, le rectum est adhérent au fond de l'utérus et l'appendice vermiciforme est attaché par une forte adhérence à l'ovaire droit. Ovaire et trompe droits d'apparence normale, orifice abdominal ouvert. Ovaire et trompe gauches noyés dans une masse d'adhérences derrière l'utérus. Cette masse est de la taille d'une boule dure comme un fibrome. Elle remplit complètement le Douglas et adhère aux organes voisins, descendant vers la fosse ischio-rectale gauche.

La cavité péritonéale ne contient pas de liquide. Il était évident que l'origine de l'affection était l'annexe gauche, les tubercules miliaires étant beaucoup plus nombreux du côté gauche. Les ganglions mésentériques et pelviens sont légèrement hypertrophiés. L'enlèvement de la masse de tissu tuberculeux est considéré comme impossible et après irrigation à l'eau distillée et introduction de deux mèches de gaze allant au plancher pelvien comme drainage, on ferme l'abdomen. Convalescence sans interruption. Température, pouls et respiration normales le 4^e jour après l'opération et se maintenant normales depuis. Depuis l'opération, la malade se plaint de sensibilité dans la région de drainage, de douleur dans la fosse iliaque gauche et de légère douleur à la défécation et à la miction. Appétit augmenté. Elle a gagné un peu de poids et de force. En quittant l'hôpital un mois après l'opération, elle se croit bien.

Examen macroscopique. — Epiploon enlevé pour l'examen : tubercules miliaires transparents à peine reconnaissables à l'œil nu, à peine saillants et séparés les uns des autres par 1 à 2^{mm}5 de péritoine sain.

Examen microscopique. — Tubercules miliaires durcis dans l'alcool absolu, plongés dans le collodion et traités à l'hématoxyline éosine. Chaque tubercule est composé de 3 à 6 follicules avec une cellule

géante contenant un nombre extraordinaire de noyaux centraux, entourée de cellules épithélioïdes et de tissu fibreux. Pas de bacilles.

Conclusions. — Tuberculose péritonéale d'origine salpingienne, en considération des adhérences et de l'apparence de la trompe.

OBSERVATION LXVII

(Penrose et Beyea).

M. H..., américaine blanche, 30 ans, mariée depuis 6 ans, nullipare, sans fausse couche. Premières règles à 16 ans, toujours régulières durant 3 à 4 jours, rarement précédées de douleurs. Il y a 6 ans, elle remarqua qu'elle perdait ses forces et maigrissait et immédiatement après son mariage, sans cause apparente, elle commence à souffrir de la fosse iliaque droite et le dos avec irradiations dans la cuisse droite avec augmentation au moment des règles et diminution des forces.

Entrée à l'hôpital le 1^{er} mai 1894. Leucorrhée depuis plusieurs années; constipation habituelle et quelquefois mictions douloureuses. A l'entrée à l'hôpital, elle était anémique. T = 99° F. pouls 80 resp. 22. Elle a eu les maladies de l'enfance, scarlatine et petite attaque de pleurésie il y a 6 ans; à part cela, santé parfaite et possibilité de travaux pénibles.

Père et mère vivants et bien portants, un frère mort de fièvre typhoïde, quatre sœurs et deux frères vivants, un frère phthisique, les autres bien portants.

Mari en bonne santé apparente.

A l'examen vaginal, utérus petit en rétroflexion, ovaire droit augmenté de volume et adhérent à la corne utérine droite.

Laparotomie le 4 mai 1894. Epiploon adhérent au péritoine pariétal du côté droit de l'incision abdominale. Intestin, épiploon, péritoine pariétal, ligaments larges, vessie et utérus uniformément semés de nombreux tubercules miliaires discrets opaques ou transparents.

Pas de liquide dans le péritoine. Trompe et ovaire droits adhérents aux organes voisins, couverts d'adhérences et de tubercules miliaires.

Ligament large très court et incliné en bas. Trompe gauche terminée tout près de la paroi pelvienne et fermée.

Dans l'opération, nécessité de comprendre la portion distale de la trompe dans la ligature de l'artère ovarienne. On ne peut pas trouver l'ovaire gauche. Pas de signes d'inflammation du côté gauche du pelvis. Il semble y avoir absence de l'ovaire et malformation de la trompe. L'ovaire droit et la trompe sont dégagés avec grande difficulté et enlevés avec l'utérus et une partie de la trompe gauche. La cavité abdominale est fermée sans irrigation, ni drainage.

Convalescence longue sans incidents, sauf température de 102, 4. F. le troisième jour après l'opération et se maintenant continuellement et régulièrement haute jusqu'au neuvième jour, où elle atteint la normale, depuis un peu irrégulière. Pouls reste normal, 90, quand la température = 120, 4. La malade quitte le lit à la fin de la troisième semaine. Elle se plaint encore de quelques douleurs dans la fosse iliaque droite et le dos, mais elle se rétablit lentement. L'examen du sang trois jours après l'opération donne 95 globules rouges pour 100, hémoglobine 70 %.

A l'examen physique du thorax, petite zone de submatité à la base du poumon droit, résultat probable d'une vieille pleurésie ; mais aucun signe de tuberculose ailleurs.

Examen macroscopique : Trompe et ovaire droits, fond et portion supra-vaginale du col utérin, portion de la trompe gauche ; tous couverts de nombreux tubercules miliaires, de la taille d'un grain de millet, transparents et opaques. Trompe droite 9 c/m., couverte d'épaisses adhérences, orifice abdominal fermé ; élargie, calcaire, sensation de tubercules gros comme un pois. A la coupe, aspect fibreux nodulaire. La moitié interne contient une petite quantité de pus concret, ou de caséum, l'extrémité externe du sang coagulé. Pas de tubercules, ni de caséification visible, excepté à la moitié interne du tiers moyen. Mésosalpinx raccourci, couvert d'adhérences, contenant un nodule de 1 c/m. 5 qu'on peut considérer comme le parovarium agrandi.

Ovaire augmenté de volume (4 c/m., 3.5, 2), de consistance molle, couvert d'épaisses adhérences à sa face inférieure et contenant des kystes folliculaires. Utérus très petit (5 c/m., de long, 5 c/m. de

large au fond, 3, 5 au col). Surface péritonéale, sauf les tubercules miliaires, lisse et normale. Le fond est à peu près de consistance normale, le col dur et résistant. A la coupe, muscle normal, muqueuse épaissie, hémorragique. Siège d'endométrite. Le reste de la trompe gauche est dur, sa lumière quoique petite est ouverte.

Examen microscopique : Côté droit : tuberculose fibreuse chronique en évolution, détruisant presque complètement la muqueuse et infiltrant la musculuse. L'épithélium cylindrique, quand il existe, est bas ; entouré de productions tuberculeuses. Le stroma quand il existe forme la paroi de cavités contenant du sang altéré ou du pus. Surtout des cellules épithélioïdes ; cellules rondes très petites, cellules géantes rares et très grandes ; du 1/3 interne au 1/3 moyen, lumière oblitérée, parois épaissies, infiltrée de petites cellules et de tubercules miliaires avec zone de caséification.

Parovarium normal en grande partie, avec quelques points infiltrés de tubercules miliaires.

Mésosalpinx presque normal, un peu infiltré de petites cellules et en certains points de tubercules miliaires.

Ovaire normal. Kystes folliculaires simples ou contenant du sang ; un seul tubercule miliaire à la surface.

Côté gauche normal.

Uterus. Endomètre épaissi, endométrite glandulaire, infiltration tuberculeuse vers le fond et particulièrement vers les cornes. Surtout cellules épithélioïdes, infiltration périphérique de petites cellules rondes sans tissu fibreux. Cellules géantes rares. Mêmes caractères que les productions de la trompe. Pas de caséification, ni de calcification. Lésions surtout marquées du côté de la corne droite. Espaces interglandulaires agrandis. Muscles et péritoine normaux. Présence de bacille.

En somme tuberculose primitive fibreuse chronique avec calcification de la trompe droite, lésions presque entièrement localisées aux 2/3 externes. Ovaire droit kystique. Tuberculose fibreuse secondaire de la muqueuse utérine, d'origine salpingienne et tuberculose péritonéale secondaire.

OBSERVATION LXVIII.

(Elliot (American Journ. of obstetric. 1892).

Mlle D..., entra à l'hôpital général de Massasuchets en juin 1888 et raconta l'histoire suivante : Elle avait 25 ans ; neuf frères ou sœurs avaient eu des troubles pulmonaires, et il y avait de la tuberculose dans la famille de sa mère. La malade était pâle et émaciée ; elle avait grandi rapidement. Réglée à 13 ans ; sept ans avant son entrée, elle avait eu une aménorrhée pendant sept mois ; durant ce temps, elle était faible, digestions difficiles, diarrhée chronique. Quand les règles revinrent de nouveau, elle eut des douleurs à chaque époque. 3 ans avant son entrée, elle commença à souffrir de la région du rectum et encore plus de dysménorrhée. Cette douleur fut très vive le premier ou le second jour ; elle cessait brusquement ordinairement pendant la nuit et était immédiatement suivie d'un écoulement brunâtre, sentant mauvais. Elle avait été soignée pour rétroversion.

A l'examen, une masse de la dimension d'un œuf fut trouvée dans le pelvis en arrière et à droite de l'utérus. Cette masse était très adhérente au rectum et immobile. L'utérus était assez mobile. Cette masse semblait être tubo-ovarienne, mais on avait une sensation absolument différente des cas ordinaires. Il semblait y avoir de l'infiltration dans les tissus avoisinants, qui semblaient avoir été réunis par des adhérences.

En juin, l'abdomen fut ouvert par une incision médiane, la masse se trouva être la trompe droite ; elle était couverte de tubercules, aussi bien que l'utérus et la trompe gauche, quoique à un moindre degré. Elle fut enlevée aussi près que possible de l'utérus. Il y eut une hémorragie considérable provenant des adhérences ; aussi on laissa dans le pelvis un drain en verre. La trompe épaissie était repliée sur elle-même, remplie de pus caséeux, formant une masse du volume d'un œuf de poule.

La trompe était très épaissie et sa cavité dilatée ; adhérent à son extrémité était un corps dur, arrondi que l'on suppose être l'ovaire.

Une coupe à travers l'extrémité utérine de la trompe montra un épaissement de la paroi et dans cette paroi, il y avait de petits dépôts de cellules rondes. A la surface péritonéale étaient de petites masses rondes formées de cellules, avec une tendance à la dégénérescence caséuse et, parmi elles, se trouvaient de nombreuses cellules géantes. La membrane limitant la trompe de ce côté était épaissie, mais ne présentait rien d'anormal. La portion attachée à l'ovaire montrait un énorme épaissement avec des masses caséuses dans l'intérieur et des foyers de cellules rondes à dégénérescence caséuse, avec quelques cellules géantes. La maladie était une tuberculose de la trompe et probablement une péritonite englobant l'ovaire. La malade guérit. Le drain fut enlevé le 3^e jour et les fils le 10^e ; la plaie guérit par première intention.

Bon état depuis 3 ans. Règles régulières, parfois douloureuses.

OBSERVATION LXIV.

(Elliot (American Journ. of obstetric. 1891).

R..., mai 1890. — A commencé à avoir des douleurs constantes dans le bas-ventre deux mois avant son entrée. Le 10 avril, on a essayé de la traiter pour une attaque de péritonite pelvienne qui dura deux semaines. La douleur continua, spécialement du côté droit. Le 20 mai, temp. 102,5 F. L'examen révéla une masse dans le côté droit de l'abdomen. Le 27, temp. 103,5, avec frissons et vomissements. Règles normales. Elle avait 20 ans. Rien à savoir sur sa famille. Etat général assez bon. L'examen par Homans montra un abdomen modérément distendu, tympanique, excepté dans la région inguinale droite où la percussion montra une matité marquée, sensibilité exquise dans l'aire de la matité. La malade restait au lit. Après une semaine, la douleur s'atténua, mais la température resta environ 100. L'état resta stationnaire pendant trois semaines. Le 20 juin, masse dure d'environ une orange dans le cul-de-sac latéral droit, apparemment en rapport avec les annexes utérines.

La masse était extrêmement fixe. Le 26 juin, l'ovaire droit et la trompe étaient entourés d'une masse dense d'adhérences; le tissu entre le pelvis et la trompe était si dégénéré qu'on pouvait avec l'ongle sentir l'os. La trompe se rompit; une quantité considérable de pus s'échappa dans l'abdomen. On l'épongea et un drain en verre fut placé dans l'ouverture par laquelle la masse fut dilacérée.

La trompe n'était pas épaissie, comme dans le premier cas, mais consistait en petits sacs de la dimension d'une noisette contenant du pus et du caséum.

Le processus est indubitablement tuberculeux. La malade fut lente à se rétablir. Le 28 juin, décharge du tube de drainage à caractère fécaloïde. Une fistule fécale s'était établie qui fut fréquemment lavée et fermée le 10 juillet.

Le 26 juin, temp. à 102 F, céphalalgie. On ne put trouver aucune cause locale pour ce trouble qui subsista quelques jours. La malade quitta l'hôpital en bon état.

Le 16 sept. mal de tête et vomissements, fistule de nouveau forcée, temp. varie entre 100 et 103 F. Rentra à l'hôpital le 26 sept. à demi inconsciente.

Hyperesthésie généralisée. Ptosis de la paupière gauche. Dilatation de la pupille gauche. Pouls de 80. Vomissements, céphalée. Diagnostic : méningite tuberculeuse. Mort le 1^{er} octobre.

Autopsie : tub. des poumons, reins, rate, foie. Tub. méningée, pleurale et péritonéale.

OBSERVATION LXXII

(Kundrat. — Archiv. für Gynacologie 1902)

M., 22 ans, nullipare. Réglée à 13 ans, toujours irrégulièrement, règles s'interrompant durant des mois, très peu abondantes, non douloureuses. Dernières règles il y a deux mois. Depuis cette époque, douleurs violentes dans le bas ventre, aggravées encore par la position couchée.

La malade a eu des adénites suppurées dans son enfance. Pas d'autres affections.

Examen. — 12 juin 1899 : Malade de taille moyenne, bien nourrie, riche pannicule adipeux. Organes internes normaux. Urines claires, sans sucre, ni albumine. Pas d'ascite. Sensibilité profonde médiocre dans la partie inférieure de l'abdomen.

Utérus de volume normal, mobile. Trompe gauche épaissie, parcourue de noyaux. Son extrémité abdominale est boursoufflée et adhérente à l'ovaire. Trompe droite épaissie. Ovaire normal.

Diagnostic. — Annexites inflammatoires.

Opération : 15 juin 1899. Extirpation vaginale difficile à cause de nombreuses adhérences avec l'intestin et le péritoine. Suites normales. Guérison.

Préparation. — Utérus en deux moitiés. Rien d'anormal. Les 2 trompes montrent des noyaux isthmiques de la grosseur d'une noisette, grosses comme le petit doigt et couvertes d'adhérences. Orifice du pavillon fermé.

À la coupe, il apparaît que l'épaississement de la trompe est dû à l'épaississement de la paroi. Sur les noyaux isthmiques, on ne peut macroscopiquement reconnaître ni kystes, ni colonnes. La muqueuse de la trompe n'est pas enflammée. Rien à signaler à son intérieur.

L'ovaire droit manque, le gauche a subi une dégénérescence kystique.

Examen microscopique. — (col. à l'hématocryline éosine et au van Gieson).

1) noyaux isthmiques, l'épithélium de la surface est conservé, un peu plus bas que normalement ; on ne trouve pas de cils vibratiles. La muqueuse est très mince, de sorte qu'en quelques endroits, l'épithélium repose directement sur la musculature. La musculature est très hypertrophiée ; aussi bien la couche circulaire que la longitudinale, d'une façon égale, tout autour de la lumière de la trompe.

De petits tubercules avec de rares cellules géantes peuvent être trouvés isolés. Entre les faisceaux musculaires, çà et là des amas de cellules rondes.

Dans le muscle, à l'extérieur de la couche épaisse, circulaire qui entoure la lumière de la trompe, et tout près de la séreuse, nous trouvons dans plusieurs coupes, 2 ou 3, dans d'autres 5 ou 6 cavités kystiques, revêtues d'un épithélium cylindrique unique. L'épithélium

repose sur le muscle, tantôt directement, tantôt en est séparé par du tissu d'union. Les cavités sont rondes ou ovalaires ; le plus grand diamètre oscille entre un demi et un millimètre. Le contenu se compose de cellules épithéliales très rares et de grains de pigment jaunâtre. On n'y trouve pas de sang. On ne peut établir si ces kystes sont en rapport avec la lumière de la trompe,

Au milieu de la trompe et à son extrémité abdominale, l'épithélium présente les mêmes caractères que plus haut. Le stroma de la muqueuse est conservé le plus souvent seulement dans les plis qui sont diminués de nombre. Après vient une couche musculaire, mince. En outre, nous avons des modifications tuberculeuses importantes. De gros noyaux, d'un tissu de granulation tuberculeux, sur lesquelles on reconnaît encore qu'ils proviennent de la confluence de noyaux tuberculeux plus petits, se montrent en certains endroits.

La séreuse est épaissie et contient ici et là des tubercules,

On ne trouve pas de bacilles tuberculeux.

Ovaire et muqueuse utérine libres de tuberculose,

OBSERVATION LXXIII

(Kundrat. — Archiv. für Gynacologie, 1902)

A... H..., reçue le 7 juillet 1899. Agée de 43 ans. 9 accouchements normaux, le dernier il y a 3 ans 1/2. A l'âge de 7 ans, scarlatine avec néphrite. Sans cela, la femme n'a jamais été malade. Pas d'antécédents. Réglée à 16 ans, règles toujours régulières, abondantes, non douloureuses.

Il y a un an, la menstruation devint irrégulière, douloureuse, la malade perdait des caillots. L'abdomen doit avoir été enflé. Après quelques mois, ces phénomènes disparurent d'eux-mêmes et les règles redevinrent régulières. Il y a trois mois, elles devinrent de nouveau douloureuses, très abondantes et de longue durée. Augmentation de volume de l'abdomen. Un médecin fit une ponction et retira 7 litres d'un liquide séreux. L'état de la malade ne s'améliora pas. La malade éprouve la sensation qu'un ballon rempli de liquide se déplace ça et là dans son ventre. Elle dit avoir fortement maigri.

Examen, 12 juillet 1899 : Constitution faible. Organes internes normaux. Urines claires, sans sucre, ni albumine. L'abdomen est enflé en masse ; à gauche de l'ombilic, un point douloureux à la pression. Pas d'ascite.

Utérus gros, dur, adhérent intimement avec les annexes fixées dans le Douglas et transformées en tumeurs molles. Vers le fond, il y a des adhérences du péritoine et de l'intestin, ce qui efface les limites de l'utérus.

Pendant l'examen, les adhérences se détruisent en partie, de sorte que les tumeurs annexielles et l'utérus lui-même se laissent examiner plus facilement. Sur le ligament utéro-sacré droit, il y a manifestement quelques noyaux de la grosseur d'un grain de millet.

Diagnostic.— Tumeur bilatérale des annexes de nature tuberculeuse.

Opération.— 14 juillet 1899 : Extirpation totale par la voie vaginale. Au cours de l'opération, les artères athéromateuses, très flexueuses saignèrent beaucoup.

Suites normales. Guérison le 10 août 1899.

Préparation. — Utérus long de 10.5, largeur du fond 7.5, épaisseur de la paroi 4.5. Fond et paroi postérieure recouverts de lambeaux de membranes déchirées. Au niveau de la paroi antérieure, séreuse lisse. Dans le domaine de ces adhérences, de nombreux noyaux grisâtres les plus petits de la grosseur d'un grain de millet. Sur la « portio » une grande érosion, rouge clair, ferme, à bords taillés à pic. La muqueuse du col paraît normale. Le corps de la muqueuse un peu épaissi et avec des suffusions sanguines. Les trompes forment des saucisses, de la grosseur du pouce, qui adhèrent à l'utérus. Le pavillon est ouvert. A la pression, il n'en sort aucun contenu. La paroi de la trompe est formée par places d'un tissu grisâtre, spongieux, facile à froisser, dans lequel on ne peut reconnaître avec sûreté la lumière tubaire. Les ovaires ne sont pas gros, mais comme les trompes, couverts d'adhérences. Sur celles-ci, partout de petits noyaux grisâtres.

Examen microscopique : L'extrémité utérine de la trompe, mince, montre des rapports tout à fait normaux ; dans la séreuse, nous trouvons quelques tubercules isolés. Musculature normale. En rapport avec la muqueuse, il est à remarquer que nous ne trouvons

que très peu de plis, reposant sur une large base et que le stroma de ceux-ci se compose uniquement en quelques endroits d'une couche mince d'éléments en forme de fuseaux. L'épithélium est, çà et là, plus bas que normalement; ici et là, se montre une formation alvéolaire.

Il est à remarquer que l'épithélium, en beaucoup d'endroits, pénètre à l'intérieur de la trompe.

L'épaississement de la trompe à son extrémité abdominale n'est pas dû à l'épaisseur des muscles, mais à du tissu de granulations tuberculeux.

Sous la séreuse épaissie, dans laquelle nous avons trouvé des tubercules, nous avons une couche musculaire, mince, circulaire, infiltrée de cellules rondes. L'intérieur de la trompe est rempli par du tissu de granulations tuberculeux, facile à reconnaître aux nombreuses formations épithélioïdes, et aux cellules géantes.

Il laisse simplement reconnaître une cavité plus grande, que nous pouvons regarder comme la lumière de la trompe.

L'épithélium manque ici le plus souvent. Là où il existe encore, il a perdu sa forme cylindrique, il est devenu cubique ou même aplati. Des formations alvéolaires sont faciles à trouver partout.

Ovaire et utérus, atteint d'ailleurs d'endométrite glandulaire, libres de tuberculose.

OBSERVATION LXXIV

(Kundrat, — Archiv. für Gynacologie 1902.)

J. V... reçue le 20 octobre 1900. Agée de 31 ans. Quatre accouchements normaux, deux avortements, dont voici la succession : 1887 un accouchement normal, 1888 un avortement, 1890, 1891, 1896 un accouchement normal, 1899 un avortement. Règles toujours régulières, durant 6 ou 8 jours, sans douleurs. Depuis le dernier accouchement assez laborieux, la malade n'a pas eu une bonne santé. Des douleurs apparurent deux mois après cet accouchement, douleurs violentes et tirantes dans le bas ventre. De temps en temps, des élévations de température. Règles comme auparavant. Depuis

le dernier avortement, les douleurs sont devenues très fortes; le plus souvent de la fièvre. La malade est très affaiblie. Règles toujours régulières et non douloureuses, absolument comme avant la maladie. Jamais de fleurs blanches. Pas d'antécédents. N'a jamais été malade. Les enfants vivent et sont bien portants. Le mari jouit d'une excellente santé.

Examen le 21 octobre 1900. Constitution et nutrition mauvaises. Organes internes normaux. Urines claires, sans sucre, ni albumine. Pas d'ascite.

Utérus bien mobile, un peu tiré en arrière. Erosion de la « portio ». Trompe gauche épaissie à son extrémité abdominale, l'ovaire un peu gros facile à sentir à côté.

Rien d'anormal ne se laisse nettement sentir au niveau des annexes droites. Sur le ligament utéro sacré gauche, on sent un petit noyau. Comme l'examen sous anesthésie laisse entrevoir de grandes modifications des annexes, on se décide à une cœliotomie vaginale.

Il y a de nombreuses adhérences dans le Douglas. Vers la portion isthmique des deux trompes, des noyaux inflammatoires se laissent constater; à ce niveau, les adhérences avec le péritoine sont encore plus intimes. Du côté du péritoine, on ne sent que quelques noyaux plus petits et épars. Les orifices du pavillon sont ouverts. La muqueuse est à ce niveau très rouge et enflammée. Les ovaires sont un peu gros.

On décide alors l'extirpation totale. Suites normales. Au 4^e jour, simple élévation thermique jusqu'à 37, 6. Guérison le 16 octobre 1900.

La malade se trouva bien jusqu'en mars 1901; aucune élévation de température, aucune douleur, bon aspect. A la fin de mars, se produisirent de petites élévations thermiques et de petites douleurs sourdes dans la région de la vessie. On fit le diagnostic de cystite dont l'étiologie, malgré des recherches cystoscopiques et microscopiques très minutieuses, demeura inconnue.

Examen des pièces. Utérus long de 9 c/m, épais de 2 c/m. Muqueuse du col recouverte d'une petite quantité de mucosités. Muqueuse de l'utérus très enflammée. La surface recouverte d'une masse visqueuse purulente. Si on enlève cette masse par le lavage, ce qui n'est pas très facile, la muqueuse se montre colorée en jaune en

quelques endroits avec de petits points rouges. Ces modifications commencent $1/2$ c/m au dessus de l'orifice cervical, laisse le fond libre en haut, en arrière et en avant. De la paroi de l'utérus, rien de particulier.

Les trompes montrent toutes deux des modifications assez semblables. Des deux côtés, des noyaux isthmiques de la grosseur d'une noisette. Le reste est de la grosseur d'un crayon. Le pavillon est ouvert, cependant les pavillons sont enflammés, leurs muqueuses colorées en bleu rougeâtre.

Une coupe à travers un noyau isthmique nous montre la lumière de la trompe un peu augmentée, un peu excentrique et attirée en bas ; tout autour de celle-ci, sous la séreuse, de plus petites cavités. A la pression, il ne s'écoule ni liquide, ni masses caséuses.

Les ovaires présentent la dégénérescence kystique.

Microscope. Muqueuse de l'utérus remplacée en grande partie par un tissu qui est bien caractérisé par de nombreux tubercules épithélioïdes et des cellules géantes. Le stroma de la muqueuse montre la formation d'une endométrite interstitielle, avec de nombreuses cellules rondes. A la partie supérieure du fond, où nous n'avions pu découvrir aucune lésion macroscopique, nous avons simplement une muqueuse atteinte d'endométrite avec un épithélium normal et des glandes normales. A ce niveau, on ne peut voir que quelques rares tubercules isolés.

Au niveau des trompes, l'épaississement est dû à celui de la musculature et à la vérité de la couche circulaire qui entoure la lumière excentrique de la trompe, aussi bien que de la couche externe qui se compose de faisceaux musculaires en croix et plexiformes. La couche musculaire externe est infiltrée de nombreux tubercules épithélioïdes avec des cellules géantes. Entre les faisceaux musculaires, une infiltration de petites cellules. La couche circulaire est libre.

Ovaires libres de tuberculose.

OBSERVATION LXXV

(Kundrat. — Archiv. für Gynacologie 1902.)

E..., H..., reçue le 1^{er} mars 1901. Agée de 36 ans. Huit accouchements normaux, deux avortements. Premières règles à 17 ans, durant sept à huit jours, très abondantes, un peu douloureuses. Dernières règles le 22 février.

La malade admet avoir souffert depuis des années de douleurs d'estomac et de diarrhée, mais déclare n'avoir jamais été malade.

Depuis un an, la malade remarque qu'elle a maigri fortement : depuis trois mois, elle est atteinte d'un écoulement blanchâtre, de petites douleurs dans les reins et dans le ventre. Cet écoulement ne sentit jamais mauvais. Dans le cours des quinze derniers jours, trois fois issue par le vagin d'une plus grande quantité de liquide semblable à de l'eau.

Examen : Corps utérin de grosseur normale, en antéversion. « Portio » très dure. Annexes des deux côtés transformées en tumeurs inflammatoires, de la grosseur d'un œuf, adhérentes à l'intestin et fixées plus intimement surtout à droite.

Diagnostic : Tumeur bilatérale des annexes. Cancer du col.

Opération : Après l'ouverture de la cavité abdominale, le péritoine du petit bassin se montre couvert de nombreux petits noyaux épars, qui sont abondants surtout dans le voisinage des annexes et qui sont de nature bacillaire. Les annexes sont enflammées. Les trompes sont, à leur extrémité abdominale, très épaissies et adhérentes aux tissus ambiants. Au cours de l'opération, une ouverture d'environ deux centimètres de long fut faite dans l'intestin et un peu du contenu intestinal pénétra dans la cavité péritonéale : la trompe droite était en effet très adhérente à la paroi antérieure de l'anse sigmoïde. Suture de l'intestin et nettoyage du péritoine. Alors commence seulement l'opération radicale, durée 1 h. 1/2. Mort au quatrième jour avec symptômes péritonéaux.

Examen : Gastrite et duodénite chronique. Dilatation aiguë de

l'estomac. Dans l'estomac, demi-litre d'un liquide brunâtre sentant très mauvais.

Très petit noyau tuberculeux au sommet du poumon gauche. Pas de tuberculose de l'intestin. Pas de dégénérescence tuberculeuse ou carcinomateuse des glandes.

L'utérus est long de 7 c/m. 5, dont 2, 5 répondent au col; paroi de 15 m/m. La lèvre antérieure est remplacée par une tumeur, pénétrant jusqu'à 9 m/m. dans la profondeur, homogène, bien limitée, colorée en jaune, un peu bosselée à sa surface, tumeur qui en haut atteint presque l'orifice interne, se limite du vagin en bas d'une façon très nette, mais envahit celui-ci en un seul point à droite. La paroi postérieure du col est normale.

La muqueuse du corps n'est pas épaissie; elle montre en beaucoup de points des mouchetures rougeâtres.

A la surface de la trompe droite, petits noyaux grisâtres. A la coupe, la trompe paraît remplie d'une masse sèche, jaunâtre. La gauche montre les mêmes modifications, cependant le pavillon (Fimbriende), est ouvert.

Les ovaires des deux côtés ont subi la dégénérescence kystique et sont un peu augmentés.

Microscope : Le cancer se montre comme une formation à épithélium cylindrique. L'examen montre que le cancer ne franchit pas l'orifice interne et qu'on a extirpé dans le vagin en tissu sain.

La muqueuse utérine montre une légère endométrite glandulaire.

Trompes : Dans la partie non épaissie de la trompe, nous avons l'image d'une salpingite pseudo folliculaire. La partie abdominale, épaissie de la trompe montre les mêmes modifications tuberculeuses que dans le cas II. On trouve quelques bacilles tuberculeux.

Ovaires : Pas de tuberculose.

OBSERVATION LXXVI.

(Extrait de la Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie
du 11 Septembre 1902).

TUBERCULOSE PRIMITIVE DE L'UTÉRUS. PÉRITONITE ET LÉSIONS
TUBERCULEUSES DIVERSES SECONDAIRES
par M. le Docteur Adenot (de Lyon).

Mlle J. S..., âgée de 17 ans, demeurant à Lyon, entrée le 18 Septembre 1897 dans la salle Sainte Anne à l'Hôtel-Dieu.

Nous étions alors chargé du service en l'absence du professeur Poncet.

Cette jeune fille présente des antécédents héréditaires tuberculeux, son père est mort en effet d'affection pulmonaire suspecte. Sa mère est vivante et bien portante. Elle a eu quatre frères, dont deux sont morts, l'un de tuberculose pulmonaire, l'autre de la rage.

On ne relève dans les antécédents personnels aucune maladie grave ; elle n'a jamais eu de bronchite, ni d'hémoptysies.

Réglée à 15 ans et demi d'une façon très irrégulière. Au mois de juillet 1897, c'est-à-dire il y a environ deux mois, elle fut prise brusquement de douleurs dans le ventre et dut cesser son travail pendant 15 jours et garder le lit pendant les huit premiers jours. Il y a 6 jours, ces mêmes phénomènes douloureux se montrèrent soudain avec une intensité plus grande, elle se remit au lit.

La douleur se généralisa rapidement à tout l'abdomen et au moment où elle est examinée à l'hôpital, les malaises douloureux ne prédominent pas d'un côté ou de l'autre du ventre. La douleur est généralisée, sourde, tolérable.

La palpation ne paraît pas exagérer beaucoup la douleur, mais l'examen est difficile, car les muscles de la paroi abdominale se défendent énergiquement.

Il n'existe ni vomissements, ni nausées ; anorexie profonde. Diarrhée habituelle depuis plusieurs semaines, remplacée par de la constipation depuis 4 jours.

Amaigrissement considérable, adynamie prononcée. La percussion dénote une matité en damier, à carreaux disséminés irrégulièrement.

Il n'y a pas de matité dans la déclivité des flancs. Sensation nette de flot.

La palpation révèle des masses dures, irrégulières, au niveau des parties mates.

Le ventre est uniformément tendu et légèrement augmenté de volume. Les culs de sac vaginaux ne présentent rien de particulier. L'utérus est en position normale et indépendant de la masse principale abdominale. Pas de fièvre. Leucorrhée légère.

Au poulmon, légère submatité au sommet droit. Pas de signes évidents de ramollissement.

En résumé, tuberculose péritonéale ascitique. Malgré les signes de cachexie évidente et quelques symptômes pulmonaires, nous pratiquons une laparotomie.

La malade éprouva une notable amélioration à la suite de l'opération, mais la plaie resta fistuleuse et donna lieu ultérieurement à l'écoulement d'un pus très fétide au point qu'on soupçonna une communication de l'intestin avec le foyer purulent.

La tuberculose pulmonaire augmenta graduellement et l'état général devint de plus en plus mauvais.

Mort le 24 novembre 1897, environ deux mois après l'opération.

L'autopsie fut pratiquée par M. le Professeur Tripier et le Docteur Paviol, agrégé, qui nous ont communiqué obligeamment les renseignements suivants auxquels cette observation emprunte son principal intérêt :

Sujet très amaigri, avec ventre déprimé et ouverture fistuleuse permettant d'introduire un doigt sur la ligne médiane, à peu près à égale distance de l'ombilic et du pubis.

En ouvrant la cavité abdominale, on constate d'abord des adhérences du grand épiploon à la paroi antérieure sur la ligne médiane et à la masse intestinale sous-jacente, mais surtout aux organes contenus dans le petit bassin, du côté gauche où il forme une grosse bride dont l'extrémité inférieure est absolument adhérente à la paroi antérieure et supérieure de la cavité pelvienne du côté gauche.

Les anses intestinales sont modérément distendues bien qu'elles soient plus ou moins adhérentes les unes aux autres, ainsi qu'aux

organes voisins par de minces tractus fibreux très irrégulièrement disposés. Les adhérences deviennent beaucoup plus nombreuses et plus résistantes au niveau du petit bassin. Mais en outre on voit que l'ouverture antérieure aboutit à un trajet fistuleux irrégulier qui s'étend en bas et en avant de chaque côté avec prédominance bien plus accusée du côté gauche.

Les parois de ce trajet fistuleux sont constituées par des anses intestinales agglutinées dont la surface présente à ce niveau un exsudat purulent avec des grumeaux caséeux. Les anses intestinales qui limitent ce clapier irrégulier sont intimement adhérentes les unes aux autres. Mais on arrive à les détacher les unes après les autres en constatant qu'aucune ne communique avec le foyer purulent.

Plus on pénètre dans les parties profondes de l'excavation et plus on trouve les anses intestinales adhérentes entre elles et aux organes génitaux refoulés en avant et en bas. En outre on trouve immédiatement en arrière de l'utérus, au centre de l'excavation, une masse du volume du poing constituée par un liquide séreux contenu dans une néomembrane mince qui lui donne l'aspect gélatiniforme. Une incision permet l'écoulement de ce liquide.

Il est très difficile d'isoler les organes génitaux en raison de leur adhérence d'une part avec les anses intestinales et d'autre part avec les parois antéro-latérales de l'excavation. Toutefois on s'aperçoit bientôt qu'ils sont le siège de lésions importantes surtout au niveau des annexes du côté gauche.

La trompe gauche, en effet, forme un cordon du volume du petit doigt, à paroi épaisse, replié sur lui-même avec oblitération du pavillon. En outre, immédiatement au dessous de la trompe et du bord gauche de l'utérus, se trouve une masse arrondie, aplatie d'avant en arrière, du volume d'une grosse montre et de consistance pâteuse, occupant la place de l'ovaire entre les feuillets du ligament large épaissi et adhérents à la partie inférieure. Une incision faite sur cette masse montre qu'elle est constituée par une substance caséuse semi-liquide ayant pour parois les feuillets du ligament large épaissi. On ne trouve plus aucune trace de l'ovaire. On rencontre seulement dans le voisinage des ganglions caséeux au sein d'un tissu conjonctif sclérosé.

On incise aussi la trompe qui se trouve immédiatement au-dessus

de l'abcès caséeux et on voit que sa cavité distendue contient une matière jaunâtre, caséreuse, qui infiltre aussi sa muqueuse, tandis que les parties externes du conduit sont épaissies et évidemment sclérosées.

Du côté droit, les parois de la trompe sont un peu épaissies avec oblitération du pavillon, mais sans lésions caséuses appréciables. Impossible de trouver l'ovaire au sein d'un tissu sclérosé qui se trouve à ce niveau et auquel adhèrent plusieurs ganglions présentant des tubercules caséeux.

Utérus : Le corps est porté contre le pubis un peu à droite de la ligne médiane. Il offre à la palpation une consistance un peu molle, comme pâteuse. Le col est presque effacé, se continuant pour ainsi dire avec la paroi vaginale dont il ne se distingue que par un léger bourrelet échancré sur les parties latérales, ce qui indique vraisemblablement une grossesse antérieure (?). On pénètre très facilement dans la cavité utérine qui semble plutôt agrandie. Après avoir fait une incision sur toute la hauteur de l'organe et transversalement sur le fond, on constate que toute la muqueuse du corps de l'utérus est infiltrée de matières caséuses dont une partie en outre est libre dans la cavité. Cette matière pénètre la muqueuse un peu irrégulièrement, c'est-à-dire plus ou moins profondément dans le tissu musculaire qui ne forme qu'une couche mince de 5 millimètres d'épaisseur environ. La surface interne de la muqueuse forme de légères saillies irrégulières lui donnant un aspect granuleux, jaunâtre, assez faible, en raison de son infiltration évidente par des tubercules caséux. On dirait une large ulcération caséuse occupant toute la surface interne du corps de l'utérus.

Le col n'est pas absolument indemne. La muqueuse a une teinte rouge foncé sur laquelle se détachent une petite ulcération jaunâtre, lenticulaire et quelques taches jaunâtre ponctiformes.

On prend pour l'examen histologique une portion de cette dernière partie où les lésions paraissent à leur début, afin de les comparer avec celles provenant du corps de l'organe. Au moyen d'une sonde cannelée, on peut pénétrer de l'utérus dans la trompe gauche et, au moyen d'une incision, voir que les lésions de la muqueuse du corps de l'utérus se continuent avec celles de la muqueuse de la trompe gauche, tandis qu'on ne peut pas pénétrer de l'utérus dans la

trompe droite qui du reste n'offre pas d'altération caséuse. Nous n'avons pas pu constater de communication entre la trompe gauche, atteinte de salpingite tuberculeuse et l'abcès caséux sous-jacent.

Nous avons trouvé des ganglions avec des tubercules caséux, non seulement dans la cavité pelvienne, mais aussi dans le mésentère, surtout près de la colonne vertébrale où l'on en trouve plusieurs agglomérés du volume d'un pois à une amande, au sein d'un tissu fibreux plus ou moins dense et sous la forme de petits amas caséux arrondis correspondant ayant subi cette transformation. Deux ou trois même renferment aussi des concrétions calcaires.

Le foie volumineux et gras pèse 1700 grammes. Il est relié à la masse intestinale par des adhérences fibreuses assez minces, semblables à la plupart de celles qui unissent les masses intestinales entre elles et ne présentant pas la moindre trace de tubercules.

La face supérieure de l'organe est reliée à la face inférieure du diaphragme par des adhérences de même nature, mais plus courtes et plus denses. Dans certains points (en haut et en arrière), le foie est même si complètement soudé au diaphragme qu'il faut une dissection attentive pour les séparer. Sur les coupes, le foie est exanguë et manifestement graisseux, sans tubercules appréciables à l'œil nu.

La rate est également soudée au diaphragme et offre quelques adhérences lâches avec le tube digestif. Son tissu est mou, cependant assez résistant, mais aussi sans tubercules apparents. — Poids, 200 grammes.

Les reins offrent un tissu rougeâtre, sans lésions manifestes. Le rein droit pèse 160 grammes, le rein gauche 170 grammes.

Les capsules surrénales de consistance un peu fermes ne présentent pas de tubercules.

Tube digestif sans lésions, sauf deux taches ardoisées dans le gros intestin.

Vessie normale sauf un aspect congestionné de la muqueuse.

Système pulmonaire. — Symphyse complète de la plèvre droite. De même que le diaphragme adhère intimement au foie, il adhère aussi à la base du poumon droit dont on ne peut le détacher que par une dissection minutieuse.

Les plèvres, adhérentes sur toute leur hauteur, sont un peu épaissies, mais sans présenter la moindre plaque fibreuse, indice d'une pleurésie ancienne.

La consistance du poulmon est augmentée et on perçoit comme des nodules indurés dans son tissu.

Une incision verticale de haut en bas, puis d'autres incisions en divers sens, montrent que le tissu congestionné est cependant partout perméable à l'air ; mais qu'il présente sur toute son étendue des tubercules crus, isolés ou agglomérés pour former des nodules de la grosseur d'un pois à une noisette, assez nombreux dans les lobes supérieur et moyen, plus rares dans le lobe inférieur.

La plèvre gauche ne présente que quelques rares adhérences à la région antéro-externe. Le poulmon offre partout une consistance augmentée et d'apparence pneumonique. Sur les coupes, on constate en effet qu'il n'est pas perméable à l'air et que son tissu infiltré partout d'un exsudat pneumonique avec teinte rougeâtre et criblé de haut en bas de petites granulations caséuses du volume d'une tête d'épingle. Pas plus dans ce poulmon que dans l'autre, on ne trouve de cavernes, ni même la trace évidente de lésions anciennes.

Cœur petit, sans lésions, sans péricardite. Poids 170 grammes.

Examen microscopique. Tissu utérin. On trouve effectivement, au niveau des parties caséuses, des portions de tissu jaunâtre, limitées par une ligne sinueuse irrégulière, et par une zone d'hyperplasie cellulaire intense de telle sorte que non seulement il y a une accumulation de jeunes cellules à ce niveau, mais qu'une partie des cellules a débordé dans la matière caséuse et que, d'autre part, tout le tissu musculaire voisin est le siège d'une hyperplasie cellulaire d'autant plus abondante qu'on se rapproche de la zone limitante indiquée.

Sur un point de cette zone, on découvre un amas cellulaire au milieu duquel se trouve une cellule géante avec une dizaine de noyaux. Au niveau du col, la coupe microscopique ne montre pas de tuberculose manifeste ; il existe seulement une hyperplasie cellulaire avec des cavités glandulaires exubérantes tapissées par un épithélium à cellules cylindriques. Ces cavités sont remplies de cellules.

Il existe des vaisseaux dilatés dans le voisinage, ainsi que des lacs et des globules sanguins infiltrés et en même temps sur les limites

de la muqueuse, on trouve quelques artérioles oblitérées. En somme, phénomènes inflammatoires du côté du col, tandis que du côté du corps, il s'agit de formations caséuses en voie de désintégration.

Conclusion. — La présence de ces lésions caséuses considérables est plutôt en faveur d'une lésion tuberculeuse primitive du fond de l'utérus, d'autant plus que cette opinion concorde avec tous les autres phénomènes relatés par l'autopsie et notamment avec l'absence de gros foyers caséux sur quelque autre organe. Quant aux lésions des poumons (tubercules), elles se présentent sous la forme nodulaire diffuse manifestement secondaire.

Quel a été le mode de contamination de l'utérus ? Les antécédents génitaux de cette malade manquent. Ce qui est certain, c'est que, malgré son jeune âge, l'hymen était absent et que l'autopsie a permis de considérer comme probable une grossesse antérieure (3).

CONCLUSIONS

I. — Les lésions tuberculeuses de la trompe sont plus fréquentes que ne semblent l'indiquer les auteurs classiques. Elles se voient plus fréquemment chez les femmes de la campagne et à l'âge de 20 à 30 ans.

A la clinique gynécologique, nous avons relevé une proportion de 14 pour cent.

II. — La tuberculose génitale ascendante est très rare, si tant est qu'elle existe. La localisation des bacilles se ferait toujours par voie sanguine ou péritonéale, dans tout l'arbre génital et le plus souvent au niveau de la trompe (dans 86, 5 pour cent des cas).

III. — Avec la trompe, le fond utérin est souvent pris en même temps; c'est la tuberculose utéro-annexielle dans laquelle les lésions annexielles ou utérines peuvent passer au premier plan.

IV. — La tuberculose est-elle localisée en même temps à l'utérus, on a des pertes purulentes, plus abondantes, plus foncées que dans la blennorrhagie et ne cédant pas aux injections.

La tuberculose est-elle localisée uniquement à la trompe, on a alors une annexite, c'est-à-dire une masse latéro-utérine avec des phénomènes inflammatoires, sans histoire d'annexite. C'est la dissociation entre ces deux données qui fera faire souvent le diagnostic de lésion annexielle bacillaire.

Reclus dit, à propos de la tuberculose testiculaire : quand on hésite, ce n'est pas de la tuberculose. En fait d'annexites, il faut au contraire dire : quand on hésite, c'est de la tuberculose.

V. — Parmi les autres signes dont l'ensemble forme un tout dont la valeur n'est point dissociable, il faut ajouter l'infiltration des ligaments larges, en dehors de tout passé puerpéral, la réaction péritonéale chronique arrivant à masquer le fond d'un utérus cependant en bonne position.

VI. — La tuberculose annexielle offre de nombreuses formes cliniques dont l'étude est encore à reprendre. Parmi celles-ci signalons la tuberculose annexielle à forme :

- a) de pelvi-péritonite ascitique,
- b) de pelvi-péritonite plastique,
- c) de pelvi-péritonite suppurée,
- d) d'annexite tuberculeuse chronique parenchymateuse,
- e) d'annexite suppurée,
- f) d'abcès froid de la trompe.

VII. — Les formes aiguës peuvent être traitées par colpotomie postérieure. Rarement cette intervention suffira pour amener la guérison. Nous croyons la mé-

thode de Laroyenne suffisante dans les annexites blennorragiques. Les annexites tuberculeuses, plus que les autres, exigent une intervention itérative, l'ablation de l'annexe. Celle-ci pourra être faite par voie basse ou voie haute. Les formes chroniques relèvent de l'intervention abdominale.

Le Président de la Thèse,

FABRE.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,

HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 décembre 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LOUIS. — Recherches sur la Phtisie, 1825.
- SENN (de Genève). — Archives de Médecine 1831, t. XXVII, p. 282.
- REYNAUD. — Arch. de Méd., t. XXVII, p. 186, 1831.
- DUPARCQUE. — Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice, 1832, p. 359.
- BOIVIN ET DUGÈS. — Maladies de l'utérus (1833)
- CRUVEILHIER. — Anatom. pathol. génér., t. IV, p. 674 et 718.
- GUZZO. — Bull. de la Soc. anat. de Naples, 1846.
- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, 1852, p. 710.
- HUTCHINSON. — Pathol. Soc. of London, 1857, p. 269.
- NAMIAS. — Sulla tubercolosi del utero e degli organi ad esso attinenti. Venezia, 1858.
- NÉGRIÉ. — Recherches anatomiques sur les ovaires, 1858.
- SIREDEY. — Sur la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines. Thèse Paris 1860.
- BIANCO GUISEPPE. — Le alteriazioni d'ovara. Fossano 1860.
- CROCQ. — Bull. de l'Acad. de Méd. de Belgique, 1860, 2^e série, t. III.
- PILLAUD. — Thèse inaugurale, Paris 1861.
- BERNUTZ ET GOUFIL. — Clinique médicale des maladies des femmes, 1860-62.
- BROUARDEL. — De la tuberculisation des organes génitaux de la femme. Thèse Paris 1865.

- GIRAUD. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. Thèse Paris 1868.
- LEBERT. — Über tuberculose der weiblichen Geschlechtsorgane. Archiv. für Gyn. 1872.
- TALAMON. — Annales de Gynécologie, 1878, t. I, p. 416.
- COHNHEIM. — La tuberculose au point de vue de la théorie infectieuse, 1879.
- VERNEIL. — Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeux. Thèse Paris 1880.
- SCHRAMM. — Zur Kenntniss der Eileitertuberculose. Archiv für Gyn., 1882.
- VERCHÈRE. — Portes d'entrée de la Tuberculose. Thèse, Paris 1883.
- FERNET. — Infection tuberculeuse par voie génitale. Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1884, p. 420.
- SPOETH. — Über die Tuberculose der weiblichen Genitalien. Thèse Strasbourg 1885.
- HEGAR. — Genitaltuberculose des Weibes. Stuttgart 1886.
- SCHELLONG. -- Centralblatt für Gyn., 1887.
- DERVILLE. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme. Thèse Paris 1887.
- CORNIL ET TERRILLON. — Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite. In Arch. de Physiologie, 1887, t. II, p. 529.
- JACQUOT. — Infection tuberculeuse par voie génitale. Thèse, Paris 1888.
- TERRILLON. — Salpingo-ovarite tuberculeuse. Congrès français de Chirurgie, 1889.
- MÉNÉTRIER. — Endométrite et salpingite tuberculeuses. Bull. Soc. anatom. du 12 juillet 1889, p. 475.
- DELBET. — Traité des suppurations pelviennes, 1889.
- THIERCELIN. — Tuberculose primit. des trompes, du corps, du col de l'utérus consécutive à un avortement. Bull. Soc. anat., 1889, p. 383.
- TERRILLON. — Bulletin Médical, 10 juillet 1889. — Arch. de tocolog., août 1889.

- DAURIOS. — Tuberculose de l'appareil génital de la femme. Thèse, Paris 1889.
- KELLY. — Tub. of the Fallopian tubes and ovarian tumor. John hopk. hosp. Rep. 1890.
- EDEBOHLS. — Amer. Journ. Soc., septembre 1891.
- DE MASSIA. — Salpingo-ovarite tuberculeuse. Thèse, Paris 1891.
- POZZI. — Tuberculose primitive de la muqueuse utérine et des trompes. Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1892, t. XVII.
- ELLIOT. — American Journ. of Obstetric, 1892.
- SAULMANN. — Endomét. und salp. tub. complic. mit gonorrhœ. Centralblatt für Gyn 1892. Bd 27.
- BOUILLY. — Société de Chirurgie, octobre 1893.
- RICHE. — Salpingite tuberculeuse, Gazette des Hôpitaux, 1893.
- DOBROKLONSKI. — L'inf. tub. peu-elle pénétrer dans l'organisme par les voies sexuelles ? Revue de la Tuberculose 1894.
- GUILLEMAL. — La tuberculose de l'ovaire. Revue de Chirurgie, 1894.
- ORTHMANN. — Über tuberculose des Eierslocks. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Band 37.
- MAC ARDL. — Tub. des org. génit. de la femme. Amer. Journ. of Obstetric, décembre 1896.
- BULIUS. — Zur diagnostic der tuben ou péritonéaltuberculose, 1897.
- POZZI. — Traité de gynécologie. 1897.
- BEUVIGNON. — De la salpingite tuberculeuse. Thèse, Nancy, 1898.
- FERNANDEZ. — Tuberc. génitale de la femme. Thèse, Paris, 1898.
- LE DENTU. — Tub. génit. Sem. gynéc. 1900.
- PICHEVIN. — Tub. tubo-ovarienne. Sem. gyn. 1900.
- MATHIEU. — Péri-annexite tuberculeuse. Thèse, Paris, 1900.
- Mlle GOROVITZ. — Tub. génit. de la femme. Thèse, Paris, 1900.
- CAZENEUVE. — De la tuberculose des annexes. Thèse, Montpellier, 1900.
- BERNHEIM. — Tub. prim. des organes génitaux de la femme. Ann. de gyn. et d'obst. Paris 1900, t. IV, p. 408.
- LE DENTU, DELBET, BOURRET et MAUCLAIRE. — Traité de chirurgie, t. X, 2^e partie.

- KUNDRAT. — Zur tubercul. der Tuben ou der Uterusmucosa. Archiv. für Gyn. Berlin, 1901. t. LXV, p. 75.
- FAURE. — Chirurgie des annexes de l'utérus. Paris, 1902.
- SARKISIAN. — Salpingite tuberculeuse. Soc. anat. 16 mai 1902.
- DERVAUX. — Tub. gén. chez la femme et ses complications péritonéales. Thèse, Paris, 1902.
- AMANN, VEIT, FAURE et MARTIN. — Rapports au Congrès de Rome, in Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales. Décembre 1902
- COUSYN. — Contribution à l'étude de la tuberculose utéro-annexielle. Thèse, Paris, 1902-1903.
- JAMIN et VIOLET. — Quelques cas de tuberculose génitale. Lyon, 1904.
-

LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, cours Gambetta, 32



